PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA TÉCNICA

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2021 SES/GO

DECLARAÇÃO

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS localizada na cidade de Cidade de Goiás – GO, todos os serviços descritos na presente PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 07/2021.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a pretendida parceria e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS.

GOIÂNIA, 14 de outubro de 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

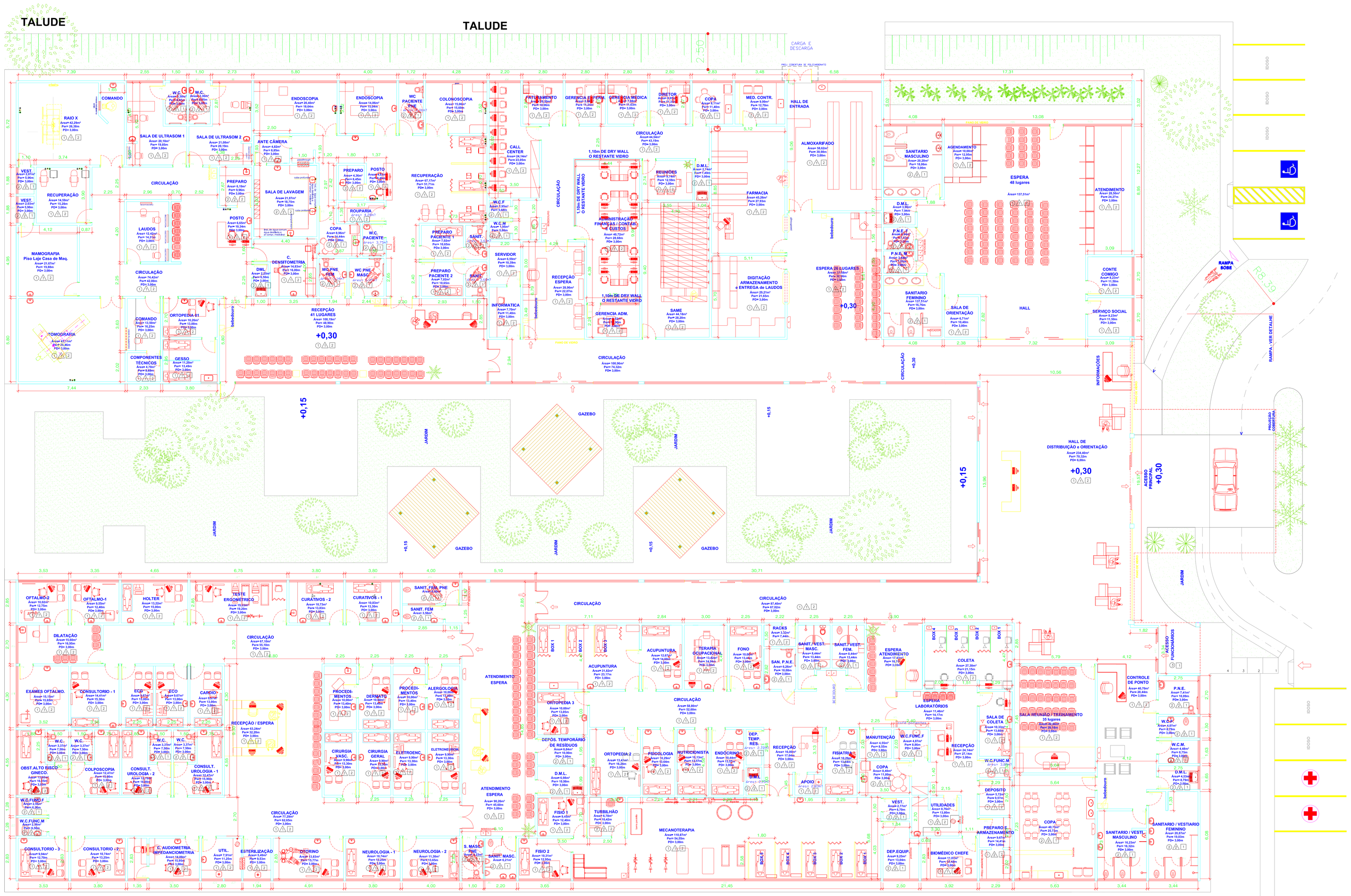
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 07/2021

OBJETO: Seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das Ações e Serviços de Saúde na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

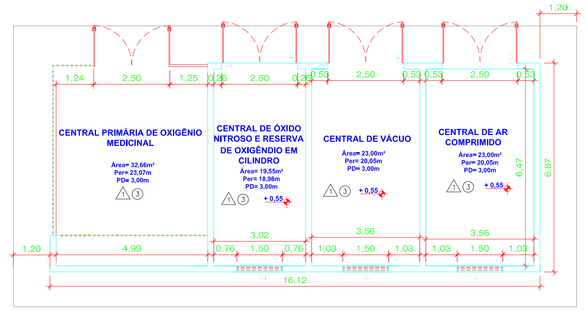
O Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, com menor custo possível para o Erário e máxima eficiência, aplicando as diretrizes do gerenciamento por resultados, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

O IBGC atua com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas, científicas e práticas de gestão em saúde, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária.

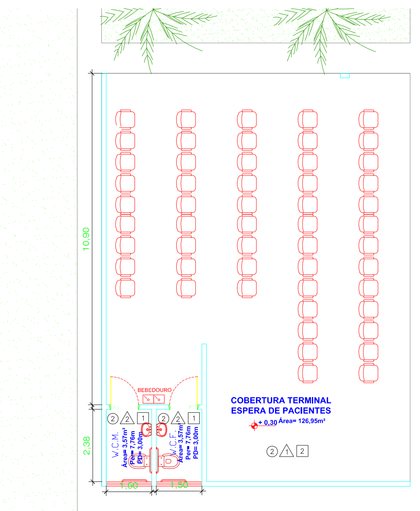
Neste momento, essa proponente apresentará a metodologia de gerenciamento por resultados proposta para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.



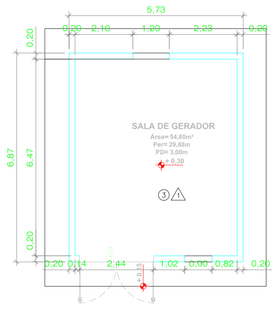
PLANTA BAIXA
ESC.: 1/100



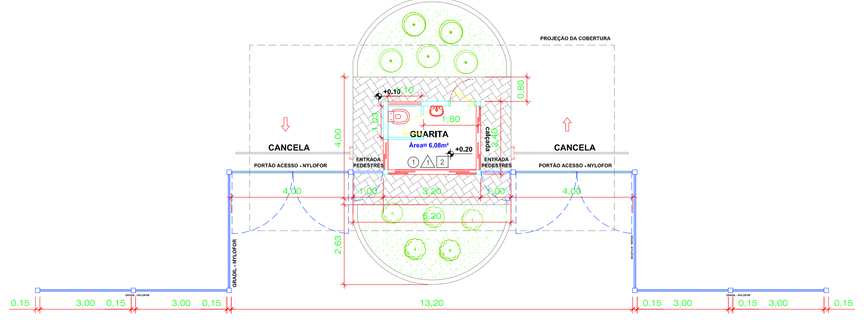
Planta Baixa Central de Gases
Escala 1:100



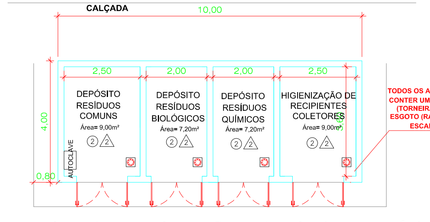
PLANTA DO TERMINAL
ESC.: 1/100



Planta Baixa Gerador
Escala 1:100



Planta Baixa Guarita
Escala 1:100



Planta Baixa Central de Resíduos
Escala 1:100

PLANILHA DE ACABAMENTOS
PISO
1 PISO PORCELANATO TÉCNICO RETIFICADO POLIDO (0,60x0,60 m)
2 PISO PORCELANATO TÉCNICO RETIFICADO NATURAL (0,60x0,60 m)
3 PISO CONCRETO DESEMPENADO
PAREDE
PINTURA ACRILICA ACETINADA LAVÁVEL
REVESTIMENTO CERÂMICO SOBRE TODA PAREDE
TETO
1 FORRO DE GESSO ACARTONADO COM PINTURA ACRILICA BRANCO NEVE FOSCA
2 FORRO MODULAR Hi CLEAN COM PINTURA ACRÍLICA BRANCO NEVE FOSCA

OBSERVAÇÕES:

1 – OS RODAPÉS SERÃO EM REVESTIMENTO VINÍLICO E DEVERÃO TER 8CM DE ALTURA;
2 – TODOS OS SANITÁRIOS TERÃO SUAS PAREDES REVESTIDAS COM CERÂMICA ATÉ ALTURA DO FORRO.
3 – OS REJUNTES SERÃO EPÓXI.
4 – DEVERÃO SER INSTALADAS SOLEIRAS SEMPRE QUE HOUVER VÃO DE PORTA, DEVENDO SER EXECUTADOS NO GRANITO CINZA ANDORINHA.

LEGENDA GASES	
	Óxido Nitroso
	Vácuo Medicinal
	Ar Comprimido Medicinal
	Oxigênio Medicinal

TABELA DE ESQUADRIAS

QUADRO DE PORTAS

Cód.	Quant.	Larg.	Altura	Tipo	Material
P1	15	0,60	1,80	1 Folha de Abrir	Alumínio
P2	07	0,70	2,10	1 Folha de Abrir	Madeira
P3	52	0,80	2,10	1 Folha de Abrir	Madeira
P4	82	0,90	2,10	1 Folha de Abrir	Madeira
P5	11	1,60	2,10	2 Folhas de Abrir	Madeira
P6	01	6,00	2,50	2 Folhas de Correr	Vidro Temperado
P7	02	1,60	2,10	2 Folhas de Abrir	Madeira - Porta Blindada
P8	05	0,90	2,10	1 Folhas de Abrir	Vidro Temperado
P9	04	4,00	2,50	2 Folhas de Correr/ 2 Folhas Fixas	Vidro Temperado com acionamento Automático
P10	02	1,80	2,10	2 Folhas de Abrir	Vidro Temperado
P11	01	1,60	2,10	2 Folhas de Abrir	Ferro
P12	04	3,75	2,50	2 Folhas de Correr	Vidro Temperado
P13	10	2,50	2,50	2 Folhas de Abrir	Ferro

QUADRO DE JANELAS

Cód.	Quant.	Larg.	Altura	Peitoril	Tipo	Material
J2	01	4,85	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J3	01	3,48	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J4	01	2,83	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J5	04	2,80	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J6	01	2,20	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J7	01	4,28	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J8	01	1,72	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J9	03	4,00	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J10	01	5,80	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J11	01	3,08	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J12	03	1,15	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J13	01	2,90	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J14	02	1,88	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J15	05	2,70	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J16	05	3,80	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J17	01	6,75	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J18	01	4,65	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J19	01	3,35	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J20	02	3,53	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J21	01	4,30	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J22	01	4,55	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J23	02	1,28	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J24	01	1,35	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J25	01	3,50	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J26	02	1,50	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J27	01	1,10	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J28	01	1,95	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J29	01	4,91	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J30	01	3,80	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J31	01	21,45	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J32	01	2,50	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J33	01	3,92	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J34	01	2,29	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J35	01	5,63	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J36	02	3,44	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J37	01	1,65	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J38	01	1,63	0,60	2,40	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J39	04	1,00	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J39	04	1,00	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J39	04	1,00	1,50	1,50	Basculante	Vidro temperado e aluminio
J41	07	1,00	1,50	1,50	Fixa	Veneziana Ventilada

CARIMBOS:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUP. DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE ENGENHARIA E ARQUITETURA

GOVERNO DE GOIÁS
INOVAÇÃO QUE CUIDA DAS PESSOAS

OBRA:
USE - UNIDADE ESTADUAL DE SAÚDE ESPECIALIZADA GOIANÉSIA

ENDEREÇO:
Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança
Goianésia - Goiás

PROPRIETÁRIO: **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - CNPJ 02,529,964/0001-57**

AUTORES DO PROJETO:
YURI DE BARCELOS TOMAZETT
CAU A594504-4

PRANCHA: 2/2

PROJETO DE UNIDADE DE SAÚDE

DATA DE MODIFICAÇÃO: Dezembro de 2017

ESCALA: INDICADA

DESENHO: YURI TOMAZETT

ARQUIVO: USE GOIANESIA R02.DWG

CONTEÚDO:
- Planta Baixa da Edificação Principal
- Quadro de Acabamentos
- Legenda de Gases
- Quadro de Portas e Janelas
- Planta Baixa Central de Gases
- Planta Baixa Gerador
- Planta Baixa Central de Resíduos
- Planta Baixa Terminal
- Planta Baixa Guarita

ANOTAÇÕES

ÁREA DO TERRENO	27.227,01 m²
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	3.775,00 m²

MODELO GERENCIAL

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos arts. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social.

O relatório final da Conferência indicou que deveria haver a reorganização do sistema, com a separação entre saúde e previdência social, devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadores de serviços.

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

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

A primeira tentativa de introduzir, no Brasil, a administração pública gerencial, deu-se em 1967 - por intermédio do Decreto-Lei n° 200, que promovia uma radical descentralização da administração pública brasileira. O DL 200 promoveu a transferência das atividades de produção de bens e serviço para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, bem como a instituição da racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e controle de resultados como princípios.

A Administração Gerencial também teve seus lineamentos básicos no "Plano Diretor da Reforma do Estado" e na obra do ex-Ministro Bresser Pereira, para quem ela se apresenta como uma "nova forma de gestão da coisa pública mais compatível com os avanços tecnológicos, mais ágil, descentralizada, mais voltada para o controle de resultados do que o controle de procedimentos, e mais compatível com o avanço da democracia em todo o mundo, que exige uma participação cada vez mais direta da sociedade na gestão pública.

A Emenda Constitucional nº 19,de 4 de junho de 1998, à Constituição de 1988, que, entre outros assuntos, “modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes

políticos, controle de despesas e finanças públicas", deixou bastante claro marco da transformação da administração pública burocrática para a gerencial, no contexto mais amplo da reforma do Estado brasileiro.

Os aspectos da administração gerencial assemelham-se às técnicas utilizadas pelas empresas privadas, **em especial, o caráter competitivo e a contenção de gastos priorizando a eficiência e a qualidade dos serviços**.

Cabe ressaltar que a administração gerencial teve seu notório avanço dentro da administração pública, contudo não rompeu em todos os sentidos com a administração burocrática, sendo impossível negar todos os métodos e princípios apresentados por tal instituto, pois o gerencialismo se apoia como por exemplo, na burocracia.

ÉTICA NA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL

Ética (ethikos e ethos) é uma expressão de etimologia grega, cujo significado original designava "o lugar próprio do homem", ou seja, o que é específico do homem, e "uso ou costume". Segundo Aristóteles, o termo inclui a ideia de caráter e disposição. Assim, a ética reflete o caráter do indivíduo e, numa outra dimensão, o caráter da organização do grupo humano.

Eis porque ética pode também ser conceituada como ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Assim, a expressão 'ética pessoal' é normalmente aplicada em referência aos princípios de conduta das pessoas em geral. No mesmo sentido, a expressão 'ética profissional' serve como indicativo do conjunto de normas que baliza a conduta dos integrantes de determinada profissão ou grupo de profissionais.

Administrar em parceria com o Estado é gerir os serviços públicos; significa não só prestar serviço, executá-lo, como também, dirigir, governar, exercer a vontade com o objetivo de obter um resultado útil. Administração Pública é todo o aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

Para que isso se proceda de forma coerente e legal há que se fazer a moral presente, que se apresenta como sinônimo da ética e vem como forma de manter normas de comportamento e de condutas nessas relações.

Em um momento onde as demandas dos usuários são cada vez mais crescentes e os recursos do SUS, finitos, e sobretudo, onde nos deparamos corriqueiramente com escândalos envolvendo má gestão de recursos públicos, abordar a ética na presente proposta, é muito mais que um aspecto de incorporá-la à esse texto. Na verdade, é dizer que, o IBGC se pautará em todas as ações de sua gestão na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, pautado na estrita legalidade, moralidade, impessoalidade, ética e todos os demais princípios e deveres que lhe são exigidos como parceiro da SES/GO.

MISSÃO DA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Ser um centro ambulatorial de diagnóstico, tratamento e orientação terapêutica em especialidades médicas/SUS, de alta resolubilidade, apoiando as Unidades de Atenção Básica, tratando o usuário com qualidade assistencial, dignidade e humanidade.

VISÃO DE FUTURO

Ser referência regional em resolubilidade terapêutica ambulatorial e na relação custo/paciente, tornando-se um padrão de excelência em atenção à saúde a custos racionais e um modelo passível de ser replicado no Estado de Goiás.

VALORES

- Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS;
- Transparência e ética na gestão do bem público;
- Gestão criteriosa dos impactos da atividade ambulatorial no ambiente;
- Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica por meio da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes ;
- Priorizar a qualidade assistencial aos usuários da unidade Cidade de Goiás;
- Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento em saúde;
- Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES , com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás.
- Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, por meio de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, programas e através da educação permanente proposta neste projeto;

QUALIDADE ASSISTENCIAL AO USUÁRIO

PILAR 1: DO MODELO DE GESTÃO : RESOLUBILIDADE ASSISTENCIAL

Definição: “A resolubilidade assistencial na saúde traduz-se pelo uso mais racional e eficaz possível dos recursos diagnósticos e terapêuticos à disposição do profissional de saúde visando atender às necessidades decorrentes da patologia do usuário.”

É possível ser eficiente neste quesito, em observância aos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionam as ferramentas adequadas para alcançar a resolubilidade assistencial na unidade:

• Protocolos Clínicos definidos

• Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

• Medição frequente dos Resultados (quantitativos, qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feed back para a eventual correção de rumos

• Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos

• Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários (como já explicitado) e a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo da Unidade.

PILAR 2 DO MODELO DE GESTÃO: A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Definição: O usuário, via de regra, em relação ao ambiente de saúde, padece da assimetria de informação. Ou seja, não tem mecanismos adequados, de per si, para avaliar, qualitativamente, a real extensão e profundidade do atendimento em saúde que está recebendo.

É comum, tanto no ambiente público quanto privado, os usuários (e seus acompanhantes) reportarem queixas predominantemente voltadas aos aspectos acessórios do atendimento em saúde, tais como demora no atendimento, burocracia excessiva, falta de simpatia/empatia com médicos, enfermeiros e colaboradores em geral da unidade, críticas às instalações físicas não conservadas adequadamente, dentre outras.

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando os 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários da unidade:

• Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário • Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

• Medição frequente da Satisfação dos Usuários p o r m e i o de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário

• Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC disponível durante o horário comercial)

• Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

PILAR 3 DO MODELO DE GESTÃO: GESTÃO EM SAÚDE EFICAZ

Definição: A gestão em saúde eficaz requer uma ampla variedade de ações, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc..

Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão em saúde possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

• Satisfação do usuário

• Eficácia operacional

• Custos racionais e controlados

• Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor

• Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores

• Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando-se dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão na unidade:

• Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário

• Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos

• Medição frequente da Satisfação dos Usuários p o r m e i o de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário

• Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na unidade (ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU)

- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade
- Oficialização das Políticas Institucionais
- Segurança do Paciente
- Registros Seguros
- Gestão de Suprimentos
- Gestão da Informação
- Gestão de Pessoas
- Gestão de Equipamentos
- Qualificação de Fornecedores
- Consentimento Informado e Esclarecido
- Definição das lideranças
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo

Internalização do Planejamento Estratégico:

- Governança Corporativa
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho
- Compliance

- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

Diante de todo o exposto o IBGC se compromete, por meio desta Proposta de Trabalho à:

- Cumprir os compromissos com as ações das agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde
- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor
- Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos
- Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás;
- Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado;
- Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais para marcação de exames, cirurgias, referências etc.
- Participar da articulação e interlocução com os equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar a unidade na vida da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logística de suprimentos de serviços de saúde;
- Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, do terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas de acordo com a carteira de serviços da unidade;
- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento da Policlínica Regional - Unidade Cidade de Goiás , conforme estabelecido no termo de referência, no contrato de gestão e nos respectivos anexos do Chamamento Público Nº 002/2021;

- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- Garantir o sigilo das informações dos usuários;
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Universalidade
- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização
- Humanização
- Equidade
- Participação social
- Direito à Informação sobre diagnóstico ao usuário
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência à saúde , tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS, e mantendo um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde do Estado de Goiás.

Os componentes da atenção à saúde na Cidade de Goiás iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes fixos que constituem o primeiro nível de atenção em saúde, prestados por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e equipes de Agentes Comunitários de Saúde.

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde: “essas unidades deverão possuir uma adequada retaguarda para referência dos usuários, que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de

assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade, mediados pela central de regulação".

A unidade deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde na Cidade de Goiás e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico especializado, serviço de suporte diagnóstico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

A unidade também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação , Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo a Policlínica Regional- Unidade Cidade de Goiás tem as suas estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo IBGC contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, consequentemente, bons resultados, cumprindo todas as metas contidas no Termo de Referência.

Panorama Demográfico

Região de Saúde Rio Vermelho - Macrorregião Centro-Oeste

Possui 17 municípios: Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitoraí, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás.

Região de Saúde Rio Vermelho: **203.857 habitantes.**

Macrorregião Centro-Oeste: 2.350.769 habitantes.

Composta por 72 municípios (Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturaí, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapó, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antônio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás, Trindade, Amorinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás, Piranhas, Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, São João da Paraúna, São Luis de Montes Belos, Sanclerlândia, Turvânia, Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitoraí, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás).

Fonte: site da SES/GO

O quadro abaixo mostra a população dos municípios da Macrorregião, separados por Regiões, as quais serão atendidas pela Policlínica e a cobertura da atenção primária:

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Central	Abadia de Goiás	151	8.958
	Anicuns	99	21.981
	Araçu	124	3.486
	Avelinópolis	123	2.409
	Brazabrantes	117	3.746
	Campestre de Goiás	164	3.649
	Caturaí	107	5.101
	Damolândia	114	2.919

	Goiânia	143	1.536.097
	Goianira	113	44.289
	Guapó	165	14.207
	Inhumas	97	53.259
	Itaguari	69,5	4.676
	Itauçu	73,1	8.938
	Jesúpolis	104	2.490
	Nazário	117	9.206
	Nerópolis	126	29.293
	Nova Veneza	114	15.342
	Ouro Verde de Goiás	137	3.723
	Petrolina de Goiás	114	10.261
	Santa Bárbara de Goiás	132	6.634
	Santa Rosa de Goiás	93,9	2.319
	Santo Antônio de Goiás	131	6.283
	São Francisco de Goiás	119	6.264
	Taquaral de Goiás	72,5	3.529
	Trindade	136	129.823
Total – Região de Saúde Central			**1.935.887**

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Rio Vermelho	Americano do Brasil	73	6.164
	Araguapaz	119	7.770
	Aruanã	174	10.110
	Britânia	187	5.797
	Faina	84,7	6.627
	Goiás	0	22.381
	Guaraíta	55,4	1.951
	Heitoraí	79	3.733
	Itaberaí	43	43.622
	Itapirapuã	58,1	4.685
	Itapuranga	89,6	26.639
	Jussara	86	18.371

	Matrinchã	114	4.336
	Mossâmedes	41,9	4.290
	Mozarlândia	162	15.870
	Nova Crixás	238	12.945
	Santa Fé de Goiás	123	4.762
Total – Região de Saúde Rio Vermelho			**199.734**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Oeste I	Amorinópolis	205	3.069
	Aragarças	243	20.273
	Arenópolis	243	3.011
	Baliza	320	5.138
	Bom Jardim de Goiás	276	8.841
	Diorama	185	2.479
	Fazenda Nova	122	5.637
	Iporá	182	31.499
	Israelândia	154	2.800
	Ivolândia	155	2.663
	Jaupaci	133	2.860
	Moiporá	145	1.763
	Montes Claros de Goiás	151	8.055
	Novo Brasil	113	2.913
	Palestina de Goiás	248	3.464
	Piranhas	254	10.385
Total – Região de Saúde Oeste I			**113.668**

Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Oeste II	Adelândia	115	2.516
	Aurilândia	116	3.120
	Buriti de Goiás	72,8	2.476
	Cachoeira de Goiás	142	1.342
	Córrego do Ouro	94,9	2.327
	Firminópolis	108	13.449
	Palmeiras de Goiás	158	28.858
	Palminópolis	147	3.585

	Paraúna	158	10.980
	Sanclerlândia	56,1	7.632
	São João da Paraúna	142	1.381
	São Luís de Montes Belos	126	34.157
	Turvânia	126	4.633
Total – Região de Saúde Oeste II			**116.783**

Fonte: http://www.entrecidadesdistancia.com.br/ (acesso em 13/05/2020)

É com base nesses dados que o IBGC apresentará sua proposta de gerenciamento da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

OBJETIVOS DA PROPOSTA

OBJETIVO GERAL Gerenciar, por meio parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, assegurando a busca permanente pela excelência na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao IBGC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na unidade, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.

2-Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.

3-Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

4- Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.

5- Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.

6-Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade.

7 - Prestar apoio diagnóstico e terapêutico 12 (doze horas) horas por dia;

8- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio da Central de Regulação Estadual , os pacientes que apresentarem quadro instável.

9-Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado às Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.

10-Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.

11-Promover a formação continuada dos colaboradores da unidade para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.

12- Avaliar os processos de trabalho implantados e executados na unidade de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.

13- -Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede, quando necessário.

METODOLOGIA DE TRABALHO

O IBGC utilizará a expertise adquirida no gerenciamento de outras unidades para implantar e desenvolver os processos de trabalho que terão por objetivo promover a Qualidade Técnica do atendimento prestado ao usuário, dispondo de colaboradores treinados e capacitados.

A Gestão de Serviços será feita dentro da filosofia do IBGC em que serão aplicadas as técnicas do gerenciamento com foco no resultado primando pela qualidade da assistência com aplicação eficiente dos recursos financeiros repassados ao Instituto.

A Gestão de Recursos Humanos será iniciada com a realização de processo seletivo para composição do quadro de colaboradores, com capacitação prévia na área de atendimento da unidade e será desenvolvida por meio da implantação de um sistema de remuneração adequado, composto por uma parcela fixa e outra variável, atrelada ao cumprimento de metas fixadas pelo IBGC e aperfeiçoada por processo de formação continuada considerando as necessidades da população atendida na unidade.

A Articulação com a Rede de Serviços será feita em dois níveis, o tático e o operacional. Esse se dará por meio do Núcleo Interno de Regulação, canal de comunicação com a Central de Regulação do Município, para encaminhamento e recebimento de pacientes.

No nível tático, a articulação será feita com a participação de representantes da unidade nos foros de discussão e pactuação dentro do Município e das Regiões de Saúde, oportunidade em que poderá solicitar pautas e discutir propostas para uma melhor integração dos serviços ofertados na Rede.

ÍNDICE

	PÁG.
I - ÁREA DE ATIVIDADE – VOLUME I	
Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas externas e internas	**01**
Fluxos para regitros e documentos de usuários e administrativos	**20**
Fluxo unidirecional para material esterelizados e roupas	**44**
Fluxo unidirecional de resíduos de saúde	**73**
Implantação de Logística de Suprimentos	**94**
Proposta para Regimento Interno da Unidade	**121**
Proposta para Regimento de Serviço de Enfermagem	**163**
Proposta para Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	**172**
Proposta para Regimento do Corpo Clínico	**203**
Proposta de manual de protocolos assistenciais	**213**
Proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos	**290**
Proposta manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	**ANEXO III**
Proposta de manual de rotinas para a Administração Financeira	**ANEXO II**
Proposição de projetos assistenciais de Saúde e/ou Sociais	**ANEXO III**
II – ÁREA DE QUALIDADE – VOLUME II	
Comissão de Ética Médica e de Enfermagem	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	**1**
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	**3**
Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	**30**

Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	31
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	44
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	46
Comissão de Revisão de Prontuários	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	55
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	58
Comissão de Farmácia e Terapêutica	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	67
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	69
Comissão de Proteção Radiológica	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	83
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	84
Comissão de Biossegurança	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	97
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	101
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	107
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	109
Comissão de Avaliação e Qualidade – instituída pela Portaria Nº20/SMS/GAB/2018	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	117
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	118
Núcleo de Segurança do Paciente	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	129
Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	131
Outras Comissões	
Proposta de Constituição (membros, finalidade)	141

Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	**141**
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.	**168**
Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica	**178**
Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário	**186**
Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação	**189**
Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente	**203**
Proposta para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária	**215**
III – QUALIDADE TÉCNICA – VOLUME III	
Grupo A) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, por mais de 02 (dois) anos.	**Volume: Documentos da Proponente**
Grupo A) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar com serviço ambulatorial, de até 01 (um) ano, 11 meses e 29 dias.	**Volume: Documentos da Proponente**
Grupo B) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade de Saúde exclusivamente de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, com serviços de consultas clínicas, por mais de 02 (dois) anos.	**Volume: Documentos da Proponente**
Grupo B) Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade de Saúde exclusivamente de Apoio Diagnóstico e Orientação Terapêutica em nível Ambulatorial, com serviços de consultas clínicas, de até 01 (um) ano, 11 meses e 29 dias.	
Grupo C) Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidosda gestão da OSS.	
Grupo C) Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	
Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	**03**
Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos)	**Volume: Documentos da Proponente**
Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde (lotados na unidade) no gerenciamento de Unidade Hospitalar (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	**Volume: Documentos da Proponente**

Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário	**20**
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para o ambulatório	**Anexo IV**
Apresentação de quadro de metas para a área médica e equipe multiprofissional	**24**
Protocolos de enfermagem com rotinas por nível de qualificação dos profissionais nas áreas de central de esterilização e laboratório	**Anexo IX**
Protocolos da equipe multiprofissional com rotinas por nível de qualificação dos profissionais	**Anexo V**
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	**35**
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	**42**
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	**59**
Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica	**70**
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial	**92**
Instrução para funcionamento do Serviço de Farmácia com especificação de estrutura, normas, e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	**117**
Protocolo de funcionamento da unidade móvel (carreta da prevenção)	**121**
Proposta para o Programa de Rastreamento do câncer na unidade móvel de prevenção e controle de qualidade dos diagnósticos	**134**
Proposta de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos	**148**
Proposta de parcerias parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência ambulatorial	**153**
Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade Ambulatorial	**162**
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	**169**
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção	**179**
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	**196**

Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis	**207**
Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação	**217**

Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. Adaptar a relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Na Policlínica Regional – Cidade de Goiás, os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Deve-se destacar que o fluxo destinado ao paciente e eventuais acompanhantes é restrito às áreas funcionais da unidade, de modo que não ocorra sua movimentação em locais destinados à empregados da unidade.

Segundo o instrumento convocatório nº 02 de 2021 – SES/GO, a Policlínica Regional – Cidade de Goiás funciona em regime de 12 horas/dia e é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT.

Deste modo é possível entender as áreas de circulação de unidades de saúde em 03 principais dimensionamentos:

A) Áreas restritas;

B) Áreas internas;

C) Áreas externas.

Ressalta-se o entendimento conceitual do que se trata cada uma:

A) Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimento de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

B) Áreas internas: são os ambientes gerais da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

Pacientes externos: O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção da Policlínica de Policlínica Regional – Cidade de Goiás. Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda.

Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade de saúde, especialmente, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo a Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

C) Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços à serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento na Policlínica Regional – Cidade de Goiás. São eles:

a) paciente externo sendo transportado (paciente de hemodiálise), aquele que chega ou parte de automóvel, ônibus ou de ambulância;

b) profissionais: aqueles que atuam na unidade e contarão com vaga exclusiva.

c) entrega de insumos e materiais na Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

d) remoção de resíduos.

Sobre os elementos “c” à “d” mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

Insumos e materiais: São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material utilizado em exames e

procedimentos, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.

Remoção de resíduos e materiais contaminados: São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

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

OS PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXO

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter-funcionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intra-funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

a) Fluxos Inter-funcionais:

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

b) Fluxos Intra-funcionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos : fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas.

Nas Lavanderias, por exemplo, o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC50).

Após a lavagem a roupa, já descontaminada, e que passou por uma máquina de lavar de porta dupla ou de barreira é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfones.

A SETORIZAÇÃO

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação as unidades de atendimento, como os consultórios, garantindo lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível.

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos locais de procedimentos, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes locais.

Importante destacar a setorização, haja vista que eventuais mudanças poderão, eventualmente, ser contempladas na Policlínica Regional – Cidade de Goiás à partir de proposições junto à Secretaria de Estado de Saúde, de forma a otimizar o atendimento e prestá-lo ao usuário de forma eficiente e acolhedora.

RECEPÇÃO E PORTARIA

A Recepção e Portaria na Policlínica Regional – Cidade de Goiás é a unidade de serviço responsável pelo controle dos acessos, circulação e acolhimento dos usuários da unidade, sejam clientes, acompanhantes, fornecedores e até mesmo colaboradores.

A condição de bom funcionamento deste serviço é que define a primeira impressão quanto à imagem da instituição, desde que, as pessoas que vão a uma unidade de assistência à saúde quase sempre estão fragilizadas diante um problema de saúde, seu, ou de familiar, amigo ou dependente, premido por dificuldades que influem no seu emocional.

A impressão do usuário quando interagindo na unidade para atender as suas necessidades, sentindo-se ou não apoiado pela estrutura funcional da recepção é que se reproduz como a imagem idealizada da instituição na comunidade.

É fundamental compreender que atender o usuário não se resume apenas a tratá-lo bem, com cortesia, mas acrescentar benefícios aos serviços, objetivando superar as suas expectativas, com a oferta de informações corretas, completas, atualizadas e compreensíveis, de modo que sirvam de referência para que todos falem “a mesma língua” e haja a satisfação das necessidades do usuário.

A implantação de um serviço de Recepção e Portaria orientado para a prestação de serviços aos usuários implica em comprometimento da instituição, a começar por aqueles que determinam os rumos e as estratégias maiores da instituição.

Nesse contexto, é necessária a compreensão de como atender ao usuário da unidade evitando privilégios e prerrogativas não previstas na Lei, acolhendo-o com respeito e dignidade, sem discriminação, atento ao atendimento preferencial para idosos, gestantes, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, como àquelas acompanhadas por crianças de colo.

Atribuições do Serviço de Recepção e Portaria:

- Informar aos usuários em relação à instituição, missão, valores e serviços;
- Direcionar os clientes para os consultórios e serviços de forma humanizada;
- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando no atendimento às gestantes, pessoas deficientes e crianças.
- Fazer articulação entre clientes, profissionais e serviços;
- Procedimentos Gerais da Recepcionista: Receber cordialmente os visitantes;

- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina da unidade;
- Conferir se os crachás de acompanhantes "presentes" são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável da unidade. Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviço Social.

Ações dos Colaboradores da Portaria:

O colaborador da portaria, deve ter o zelo de:

- Somente permitir a entrada de acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado e de acordo com a portaria correspondente - observar se o crachá está posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
- Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;
- Informar aos acompanhantes que a unidade não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas (saia curta, decote grande, bermuda, etc.);
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do "documento autorizativo";
- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;
- Coibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado às instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;
- Assumir o posto, devidamente uniformizados, e com aparência pessoal adequada;
- Comunicar imediatamente à Unidade Assistencial, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da Companhia de Tecnologia

de Saneamento Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros interesses;

- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, acompanhantes ou pessoas, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao estabelecimento Assistencial;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando a manutenção das condições de segurança;
- Colaborar nas ocorrências de ordem policial por fatos ocorridos dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Comunicar à segurança a existência de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os colegas que estão assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações

Perfil desejado para a contratação de Agentes de Recepção e Portaria:

- Experiência na área de Saúde, ensino médio completo, possuir boa comunicação oral, carisma, simpatia, leitura fluente, habilidade para lidar com pessoas, agilidade, flexibilidade, raciocínio rápido, capacidade de organização e disciplina.

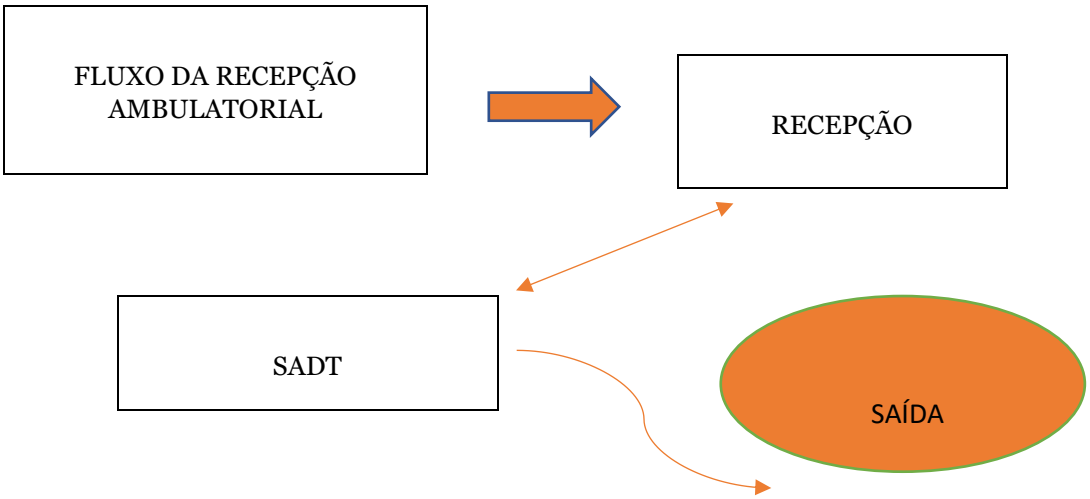
Definição dos postos:

Os postos de Recepção e Portaria caracterizam-se por serem locais de acesso de colaboradores, prestadores de serviço, pacientes, acompanhantes, fornecedores e visitantes em geral. O número de postos, seu horário de funcionamento e o número de pessoas que ocuparão cada posto serão previamente definidos pela Unidade de Serviço e submetido à aprovação do Gerente da Área.

Recursos Materiais e Técnicos:

O Serviço de Recepção e Portaria, para atender as funções a que se destina, deverá dispor de área física, recursos materiais e tecnológicos, sinalização de segurança, entre outros específicos, para os diversos setores e postos de trabalho de recepção e portaria. Incluem-se os uniformes e equipamentos de proteção – EPI(s) que serão definidos e incorporados a prática de cada um dos colaboradores, com as devidas orientações e capacitações necessárias.

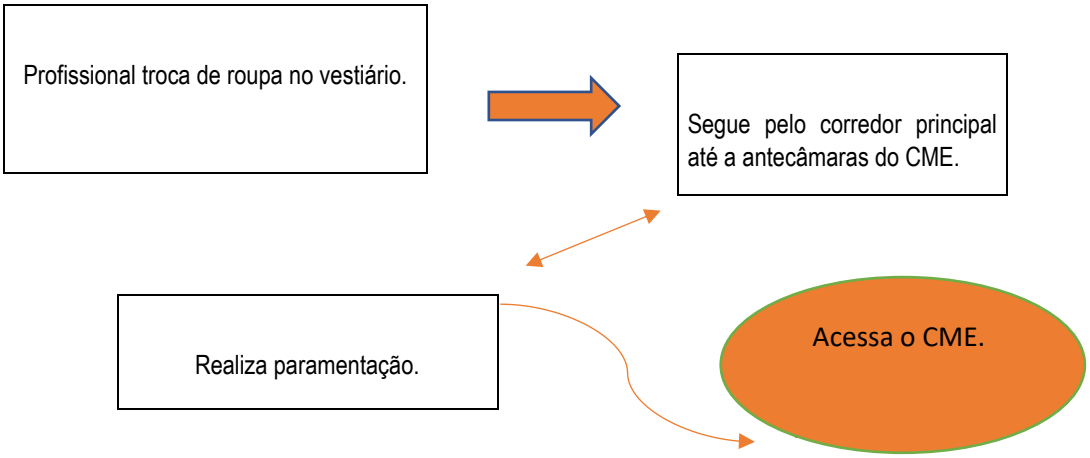
Fluxos de Atendimento:



FLUXOS DE ÁREAS RESTRITIVAS:

Central de Materiais Esterilizados:

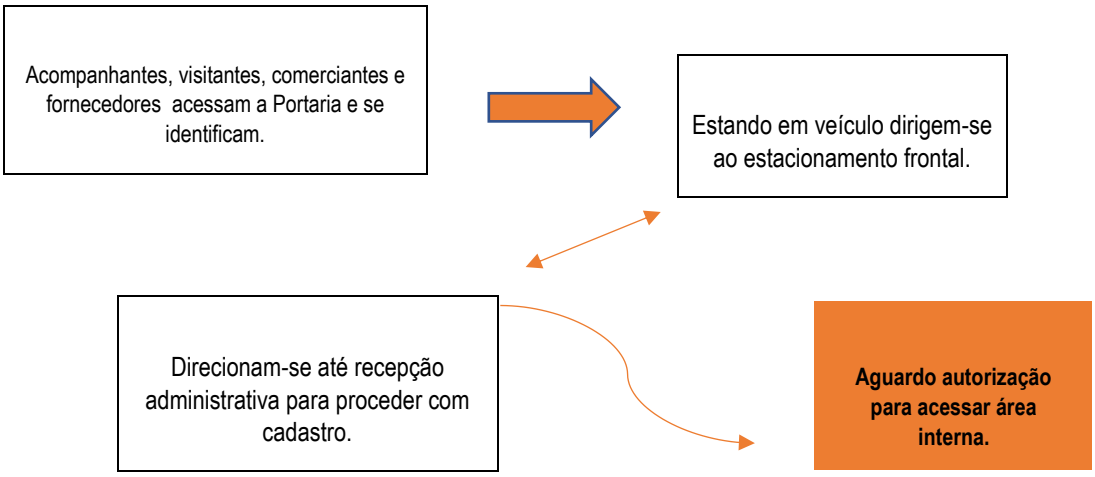
Por profissionais: Todos os profissionais deverão proceder com a troca de roupa no vestiário da unidade, seguir pelo corredor principal até às antecâmaras do CME para paramentação. Acessar o CME.



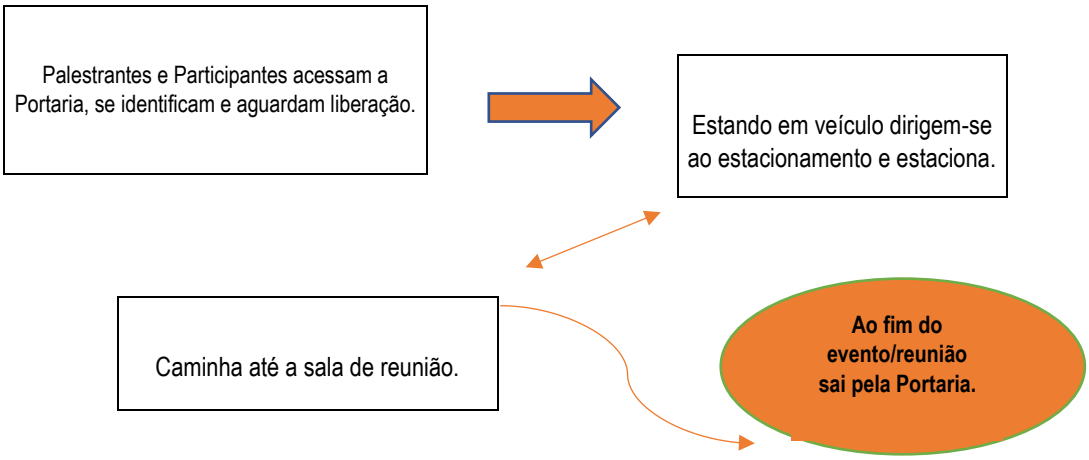
FLUXOS DE ÁREAS EXTERNAS

Portaria Administrativa: Local de acesso a todos os trabalhadores (celetistas e estatutários) da unidade. Todos os colaboradores acessam a portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborar utilizar outro meio de deslocamento, que não o carro próprio, após passar pela portaria e proceder com sua identificação deverá seguir até o vestiário geral.

Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes) e acompanhantes: Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores da Policlínica acessam portaria para sua identificação e após serem liberados caminharão até a recepção administrativa para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.

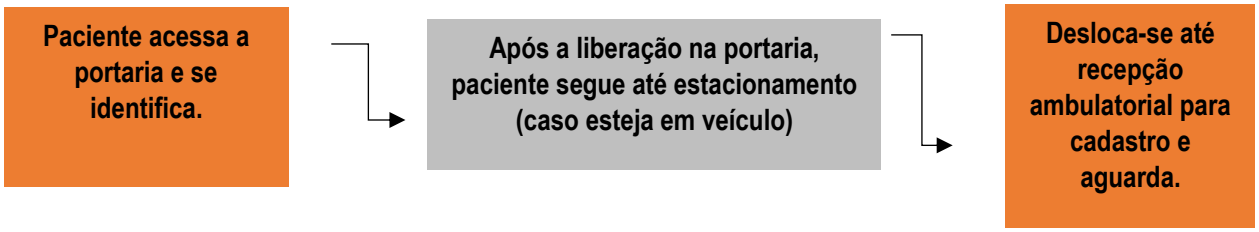


Acesso a Palestrantes e Participantes (sala de reunião/treinamento) : palestrantes e participam acessam a identifica-se, aguardo liberação, após ser liberado dirige-se ao estacionamento. Estaciona o veículo e caminha até a entrada na portaria. Após ser liberado, segue à esquerda até a sala de reunião.

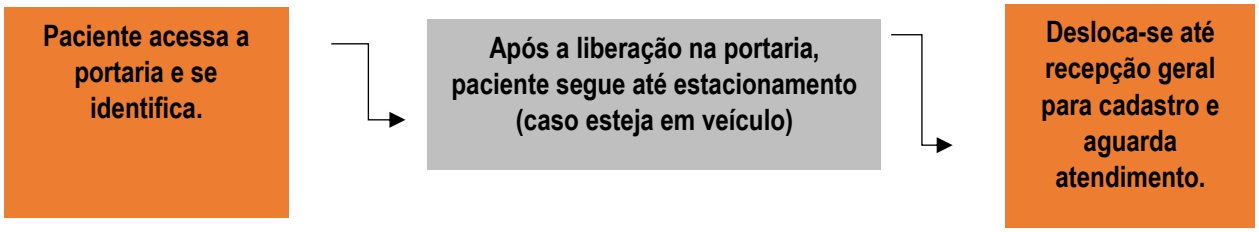


Atendimento Ambulatorial:

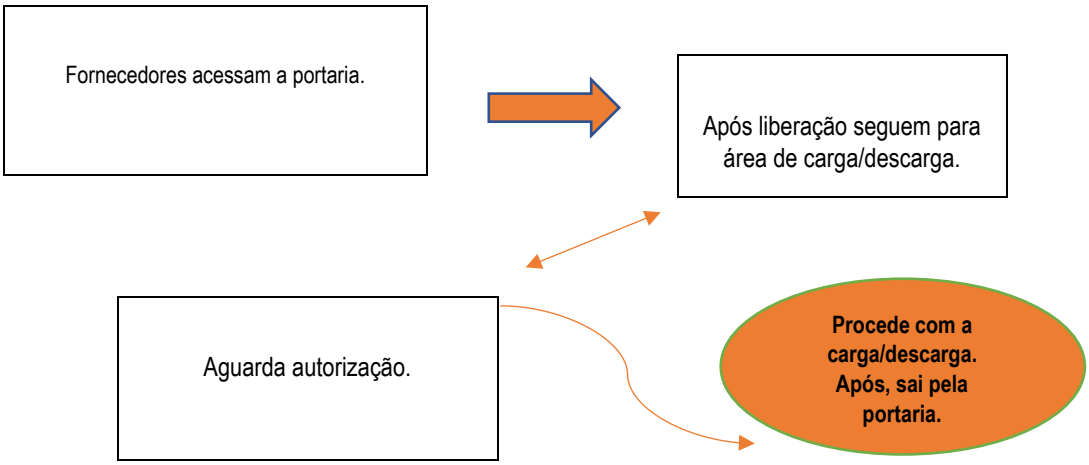
Acesso à ambulatório (consultas e retornos): Paciente acessa a portaria. Se identifica após liberação (caso em veículo próprio, se desloca ao estacionamento). Caminha até a recepção ambulatorial para cadastro. Retira sua senha e aguarda atendimento.



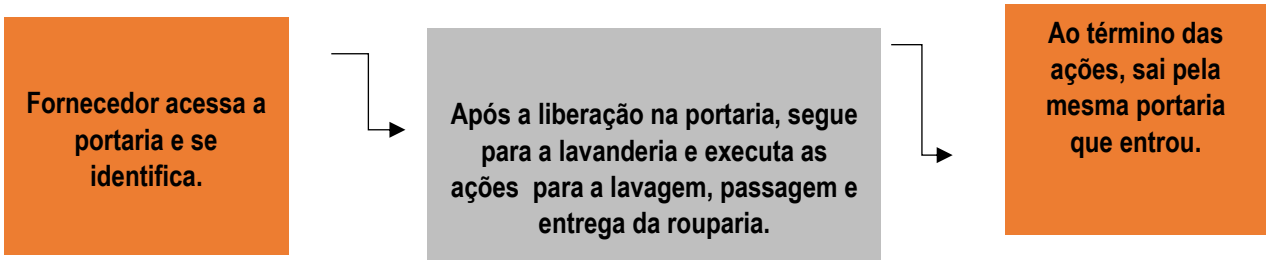
Acesso para Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): Paciente acessa a portaria para identificação, após ser liberado (se estiver em veículo próprio) se dirige ao estacionamento. Após caminha até a recepção geral para cadastro, retira sua senha e aguarda atendimento.



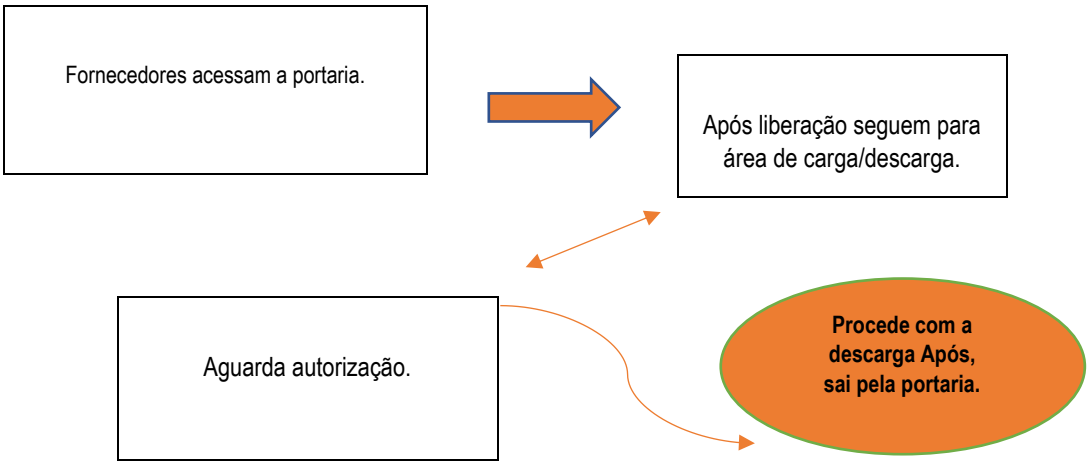
Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga. Aguarda autorização para desembarque, após a entrega, sai pela mesma portaria que entrou.



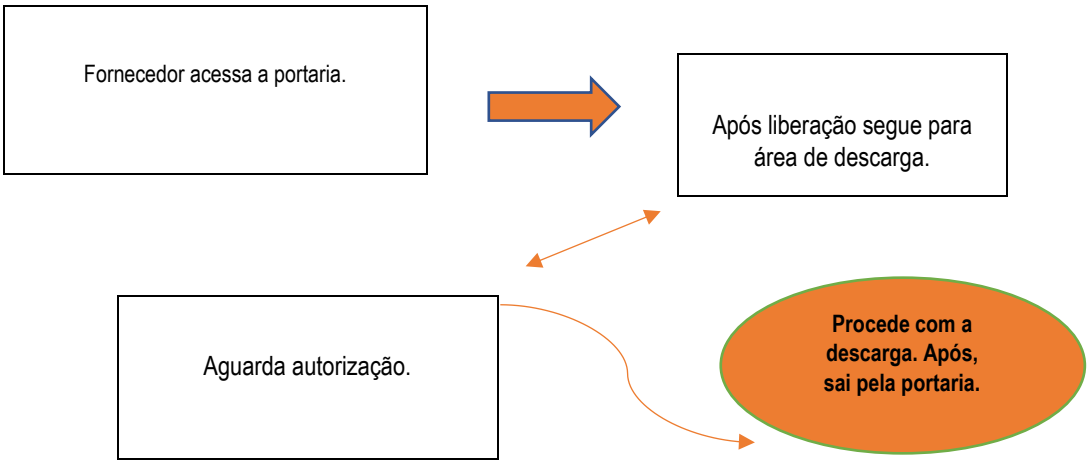
Acesso à lavanderia: Fornecedor acessa a portaria se identifica. Após liberação se direciona a lavanderia da unidade, onde executa todas as ações para a lavagem, passagem e entrega da rouparia. Ao término, sai da unidade pela mesma portaria que entrou.



Acesso ao setor de nutrição: Fornecedor acessa a portaria e se identifica. Após ser liberado, segue até pela via até a área de carga/descarga e aguarda autorização para entrega. Após, sai pela mesma portaria que entrou.

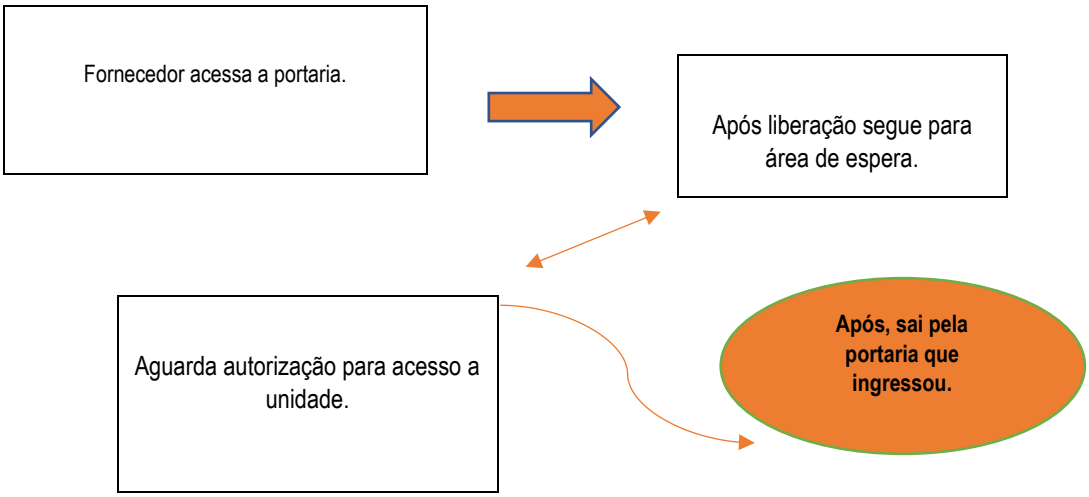


Acesso aos gases medicinais e GLP: Fornecedores acessam a portaria e se identifica. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento na mesma via. Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.

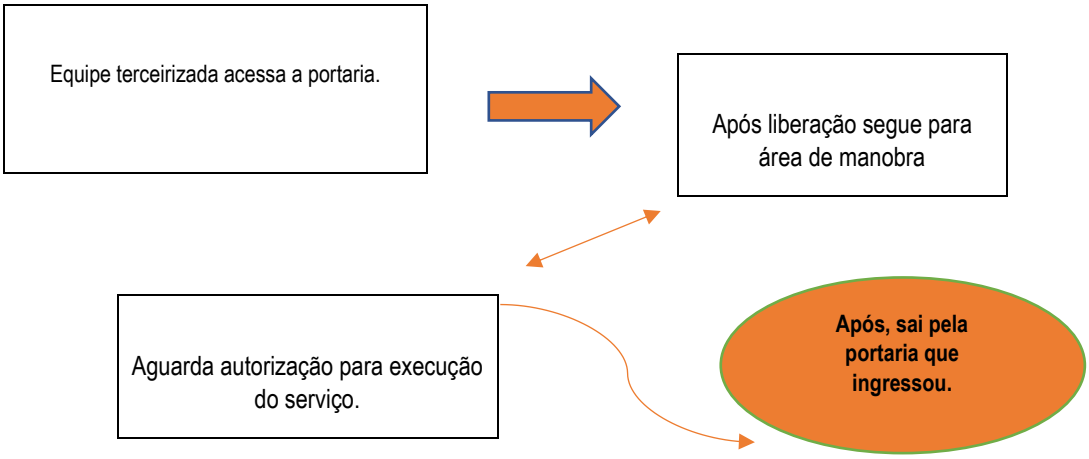


Acesso para prestação de serviços de manutenção terceirizada: Fornecedores acessam a portaria e se identificam, após liberação seguem pela mesma via até a área de espera e aguardam

autorização para acesso na Policlínica, após retornam pela mesma via até a saída pela mesma portaria.

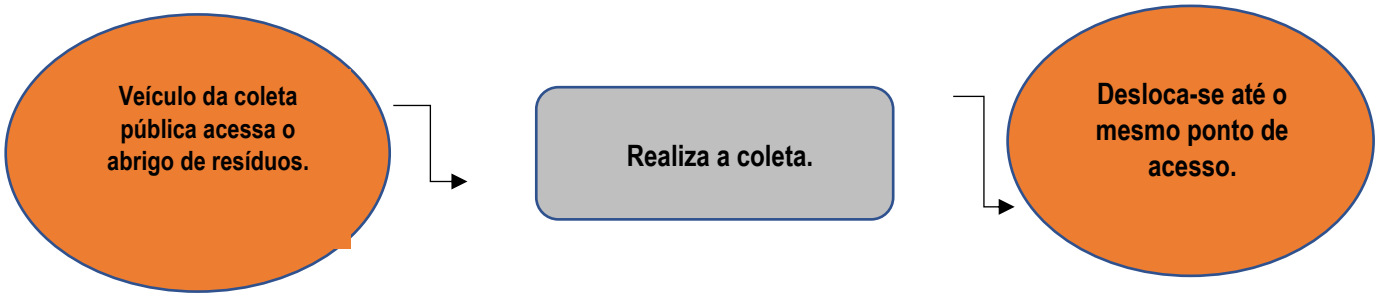


Acesso ao grupo gerador e subestação de energia: equipes terceirizadas acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via até a área de manobra e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via até a portaria.

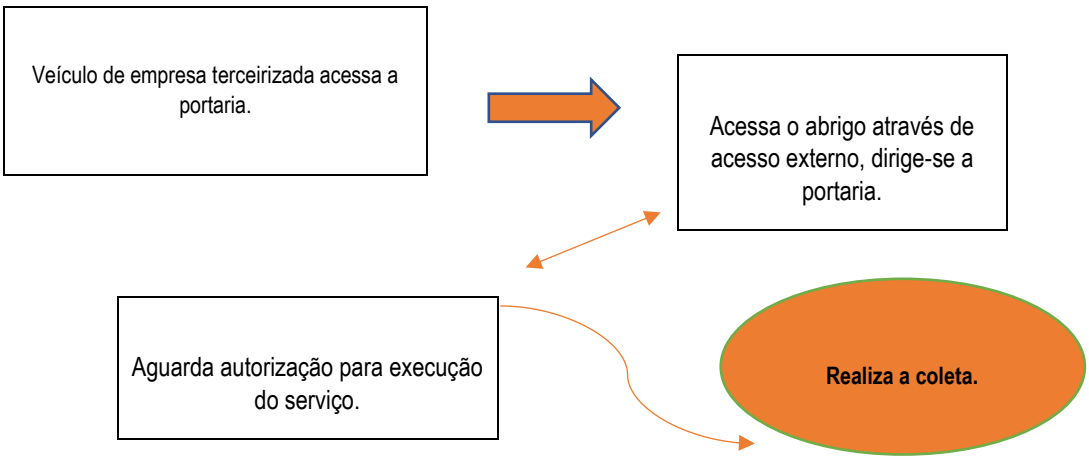


FLUXO DE RESÍDUOS (ACESSO LIVRE):

Coleta Pública de resíduos: Veículo da coleta pública acessa o abrigo, e realiza a coleta.



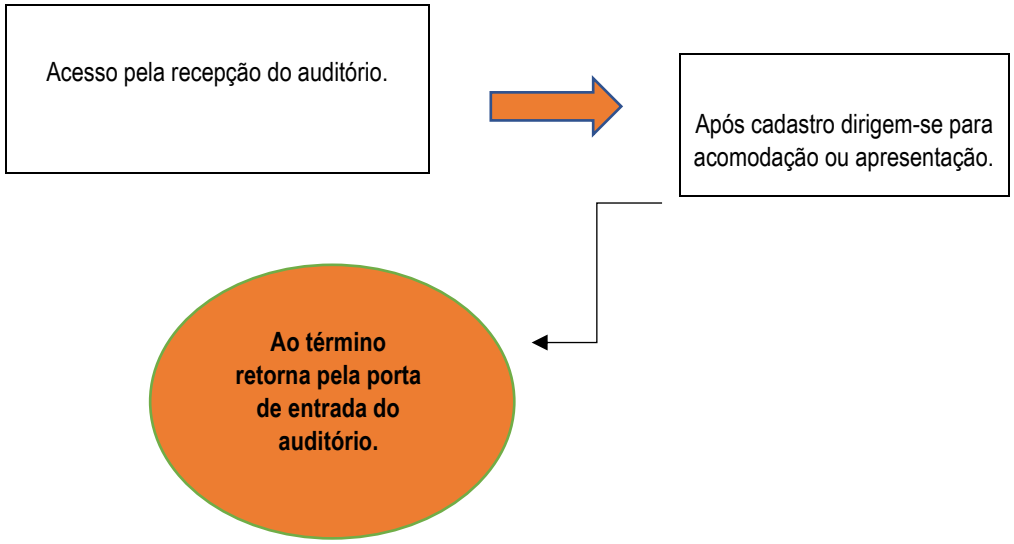
Coleta Seletiva de resíduos: Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo, se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.



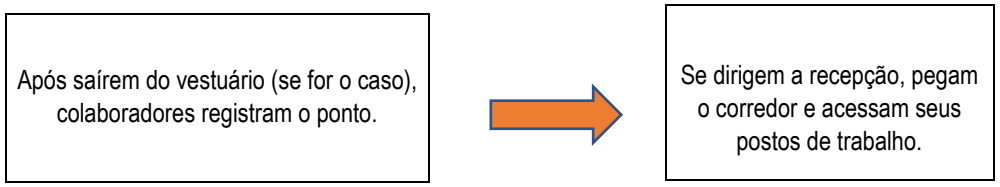
FLUXOS DE ÁREAS INTERNAS:

Sala de treinamento/reuniões:

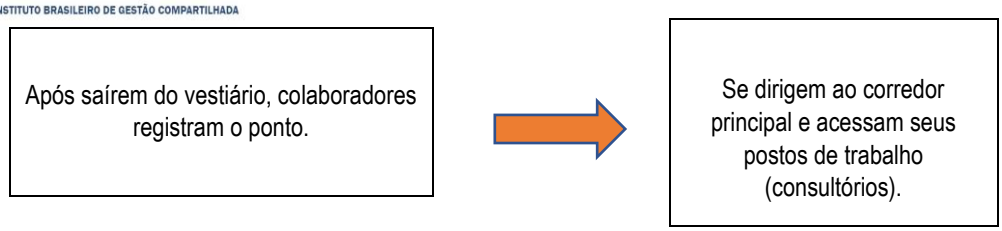
Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção do auditório, após cadastro, dirigem-se ao auditório para se acomodarem nas cadeiras ou palco (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela porta de entrada do auditório.



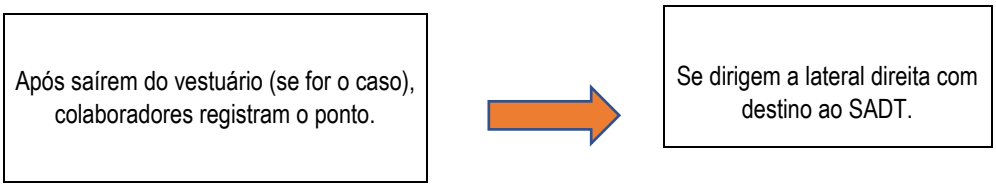
Colaboradores administrativos: Após o registro do ponto, eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção, viram à direita, pegam o corredor e acessam seus postos de trabalho.



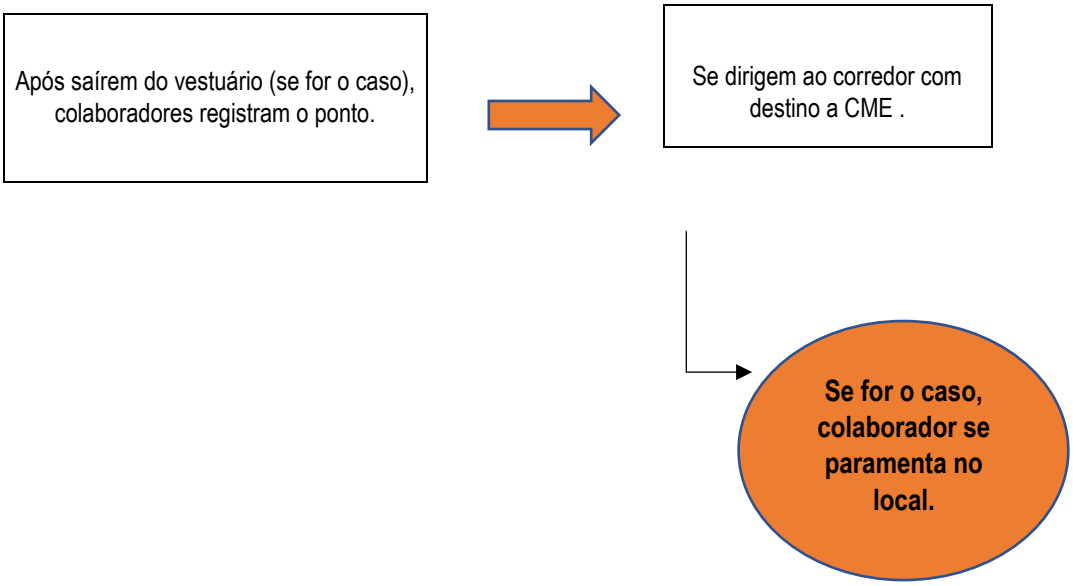
Acesso dos colaboradores aos consultórios : Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores, acessar o lateral esquerda da Policlínica com destino ao ambulatório.



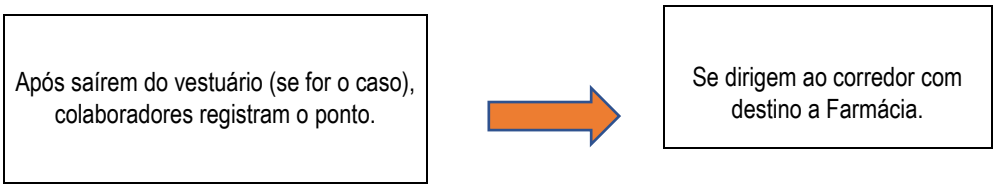
Acesso dos colaboradores ao Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam a lateral direita com destino ao SADT.



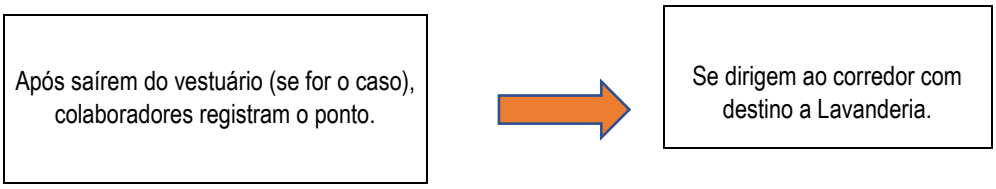
Acesso dos colaboradores a CME: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino a CME



Acesso dos colaboradores à Farmácia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino à Farmácia.

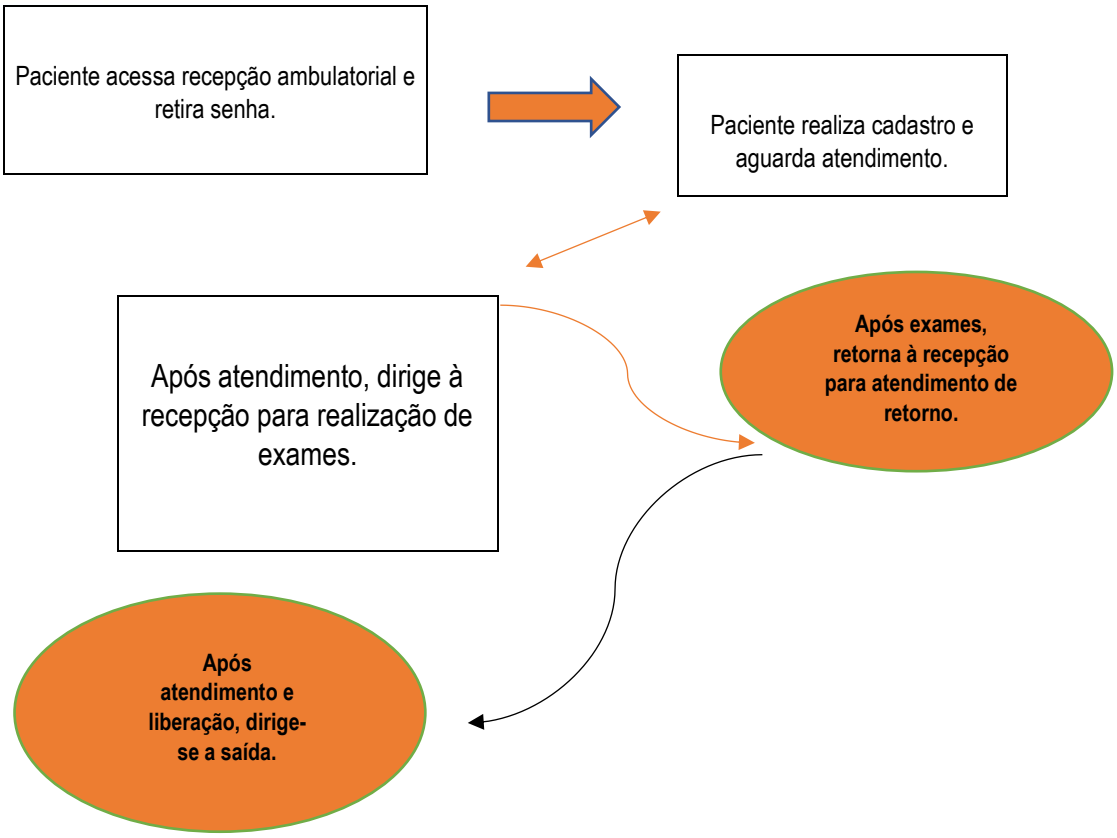


Acesso dos colaboradores à Lavanderia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor com destino a Lavanderia.

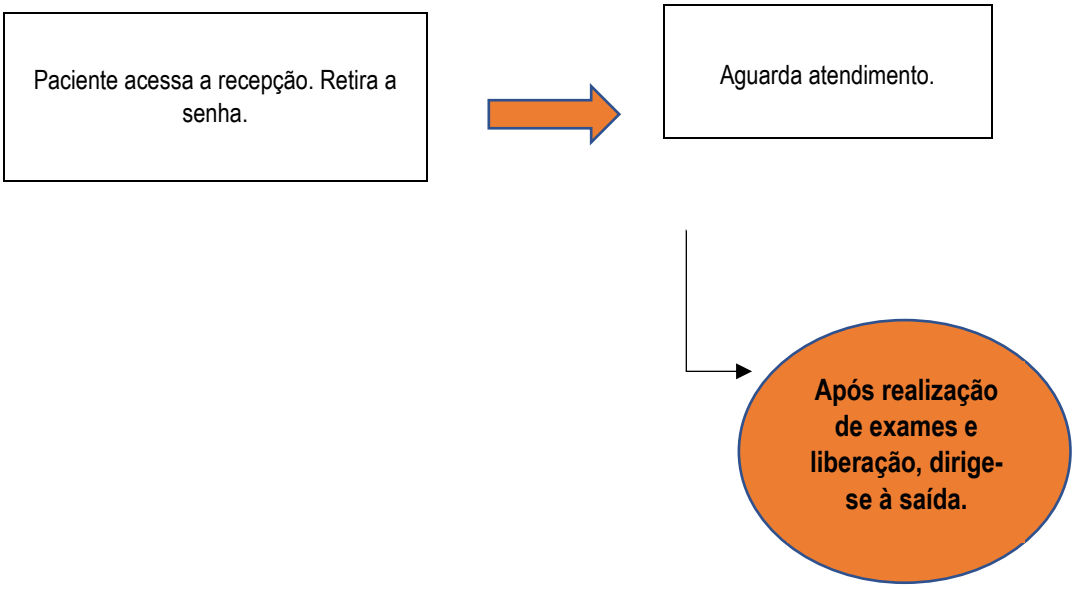


Pacientes:

Serviço ambulatorial: paciente acessa a recepção principal, retira a senha e aguarda a chamada. Após a chamada da senha, é direcionada à recepção dos consultórios onde realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório, após atendimento em consultório, dirige à recepção para realização de exames, aguarda chamado para realização, após atendimento retorna a recepção e aguarda para retorno em consultório. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída.



Acesso ao SADT por pacientes: paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda chamada; após senha chamada, é direcionado à recepção do SADT, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se a saída.



FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

A gestão documental dinamiza as atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos, otimizando tanto o fluxo informacional, quanto toda a rotina administrativa de uma instituição.

A Policlínica Regional – Cidade de Goiás, enquanto entidade ligada diretamente à saúde e ao bem estar social, precisa atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Numa unidade de saúde, como a Policlínica Regional – Cidade de Goiás, a informação se constitui como componente estrutural e funcional para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere à disponibilização de tratamentos adequados eficientes, quanto ao atendimento efetivo e humanizado a toda população.

Os dados clínicos gerados em âmbito interno são de suma importância para o efetivo planejamento e organização dos serviços de saúde de modo a dispensar a devida atenção médica à sociedade. Para isso, é necessário que as informações sejam atuais e fidedignas para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que poderão trazer grandes contribuições ao sistema de saúde e a sociedade.

Nesse sentido, a gestão documental se apresenta como instrumento propício a dinamização das atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos nas instituições de saúde, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

O processo de gestão na instituição se inicia pelo prontuário do paciente, já que são seus dados que alimentam toda a malha informacional.

O sistema único de saúde (SUS) compreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos II capítulo da lei nº. 8.080, de 19 de novembro de 1990, dentre os quais:

> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
>
> II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
>
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
>
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
>
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
>
> VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
>
> VIII - participação da comunidade [...].

Nesse sentido, um efetivo sistema de informação nas instituições de saúde é necessidade premente. Viabilizar a qualidade no atendimento e promover o arrefecimento desses dos problemas que envolvem o gerenciamento e operacionalização da saúde no âmbito do SUS depende, em grande medida, do gerenciamento dos repertórios informacionais e da fiscalização dos serviços.

Para fiscalizar as ações e os serviços desenvolvidos pelo SUS, existe o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Dentre as atividades desenvolvidas pelo órgão constam:

> I - à análise:
>
> a) do contexto normativo referente ao SUS;
>
> b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
>
> c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
>
> d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
>
> e) de indicadores de morbi-mortalidade;
>
> f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
>
> g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
>
> h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
>
> i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
>
> j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
>
> l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
>
> II - à verificação:
>
> a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo [...].

[grifos desta proponente].

Evidente assim, que a aplicação da gestão de documentos na Policlínica Regional – Cidade de Goiás, mostra-se imprescindível no processo de atendimento tanto aos órgãos fiscalizadores, quanto a toda sociedade (através de acesso à informação por Portal da Transparência e Lei de Acesso à Informação), vez que regulamentará produção, fluxo e acesso das informações, sejam oriundas de atividades-fim, seja de atividade-meio.

Conceito Documental: Conceitualmente é possível desmembrar documentos em dois tipos: internos e externos.

Documentos Internos: São todos os documentos gerados na própria unidade, tais como ofícios, requerimentos, solicitações e que serão aplicados dentro ou fora da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Documentos externos: São todos os documentos emitidos por áreas externas à unidade, entregue e aplicados na mesma, como fonte de informação, orientação, solicitação ou determinação.

Sistema de Protocolo Próprio e Gestão de Documentos Administrativos na Policlínica Regional – Cidade de Goiás

Esse sistema objetivará diretrizes para o recebimento de documentos internos e externos, pelo sistema de registros obedecendo fluxo pré-estabelecidos, do seguinte modo:

Sistema de Recebimento de Documentos Internos/Externos		
ORDEM	AÇÃO/DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE À SER EXECUTADA	RESPONSÁVEL
01	Recebimento de documentos externos cotidianamente e procedimento de protocolização (carimbo com data e nome) na primeira folha (frente). Devolução da primeira via ao portador.	Agente/auxiliar administrativo

02	Conferência documental e cadastro no sistema de gestão de processos e documentos e encaminhamento aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Recebimento e encaminhamento das correspondências aos dirigentes da Policlínica Regional – Cidade de Goiás. Redirecionamento dos documentos despachados, via sistema de gestão de processos.	Secretária Executiva
04	Acompanhamento dos prazos estabelecidos nos documentos, reivindicando aos setores responsáveis a minuta para resposta formal	Secretária Executiva
Abertura, Encaminhamento e Arquivamento Processual		
01	Cadastro de processo de compras, contratação de pessoal no sistema de gestão de processos e documentos.	Agente/auxiliar administrativo
02	Conferir a documentação e cadastrar no Sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente/auxiliar administrativo
03	Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, exigindo dos setores responsáveis a minuta para resposta formal.	Agente/auxiliar administrativo

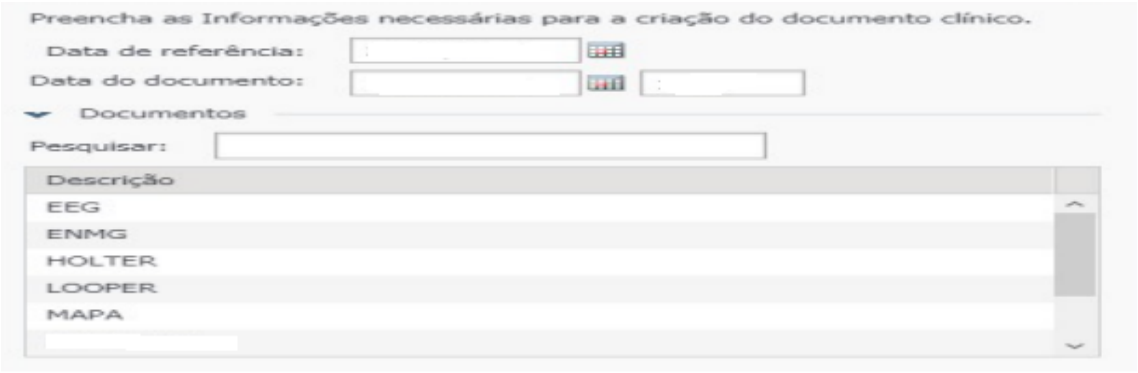
FLUXOS AMBULATÓRIO:

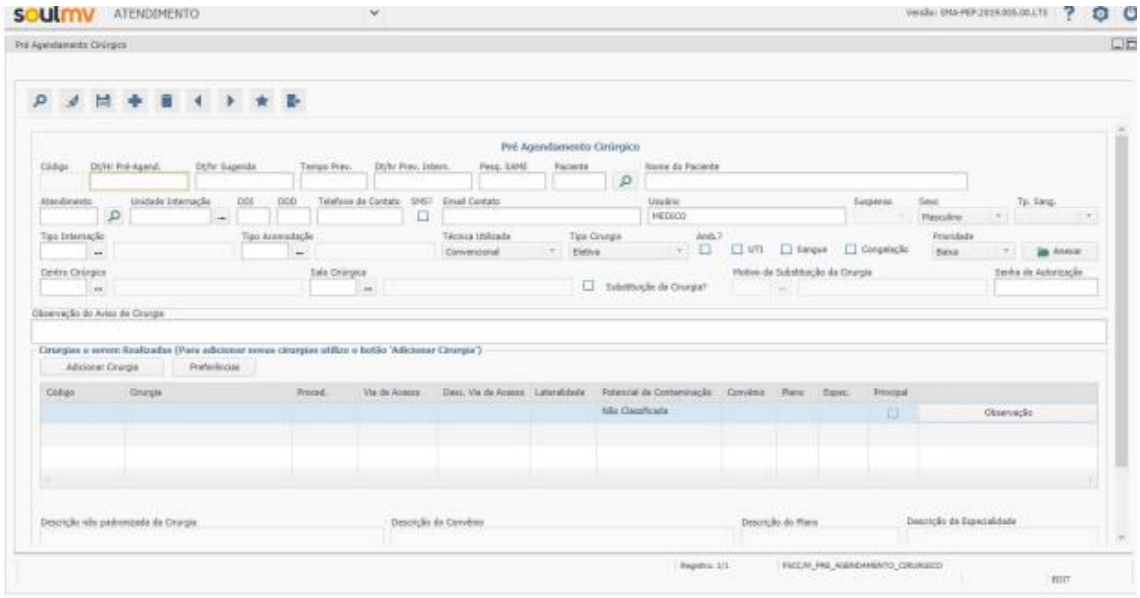
1) O registro dos pacientes liberados para consulta ambulatorial é disponibilizado via sistema de regulação próprio do Estado (SISREG III):

2) A Policlínica Regional – Cidade de Goiás contará internamente, na gestão do IBGC, com a utilização do Sistema SOUL MV. Deste modo, após a ser verificada a agenda no SISREG III, deverá o profissional responsável proceder com o agendamento no SOUL MV.

3) O paciente então, deverá comparecer na Policlínica Regional – Cidade de Goiás para a consulta com o especialista à qual foi agendado.

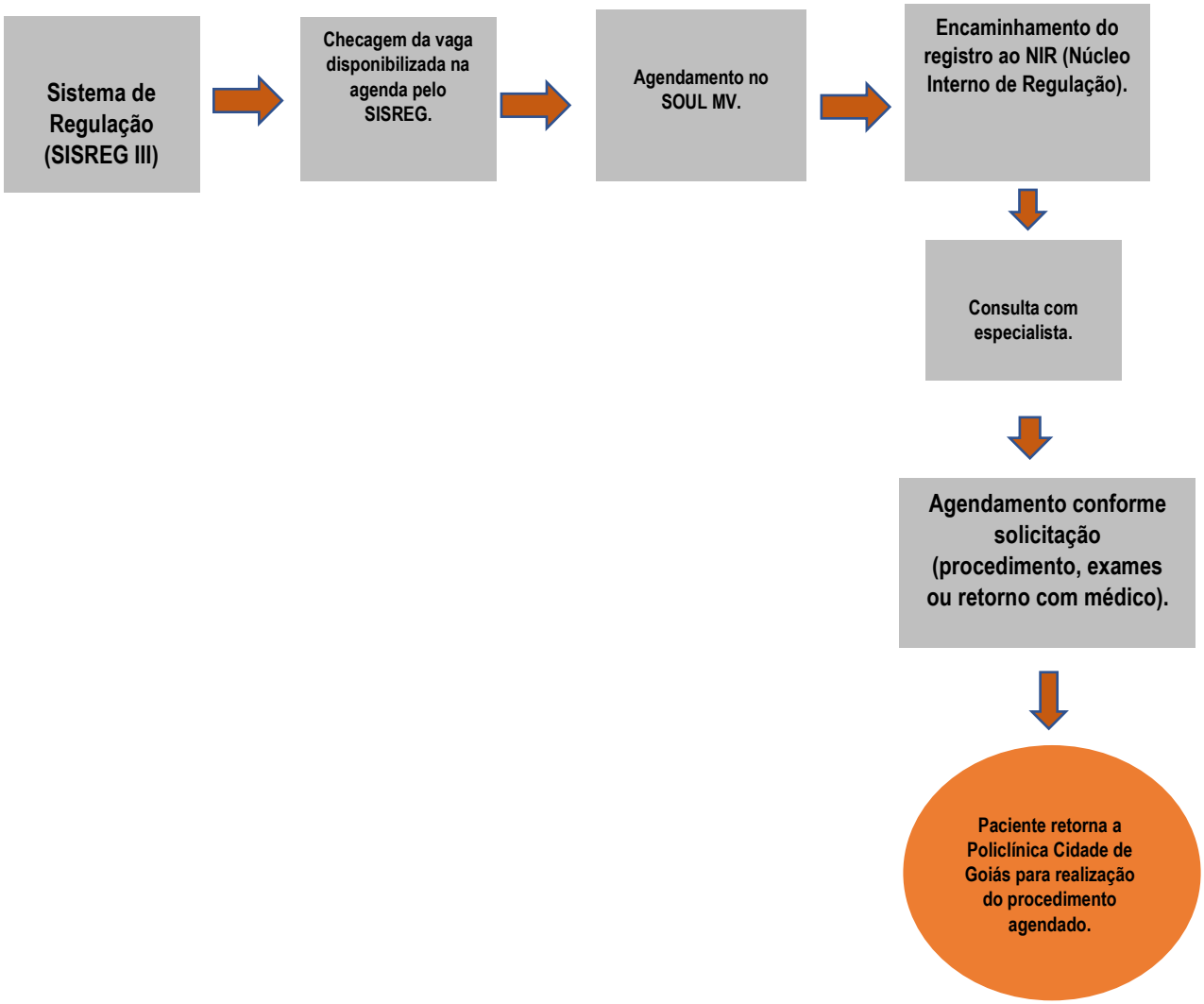
4) Depois de passar pelo profissional médico, o paciente será encaminhado ao NIR (Núcleo de Regulação Interna, para realização dos procedimentos prescritos pelo médico (pequeno procedimento cirúrgico, realização de exames, agendamento de retorno com médico).


Preencha as Informações necessárias para a criação do documento clínico.
Data de referência:
Data do documento:
Documentos
Pesquisar:
Descrição
EEG
ENMG
HOLTER
LOOPER
MAPA


soulmv
ATENDIMENTO
Pré Agendamento Cirúrgico
Pré Agendamento Cirúrgico

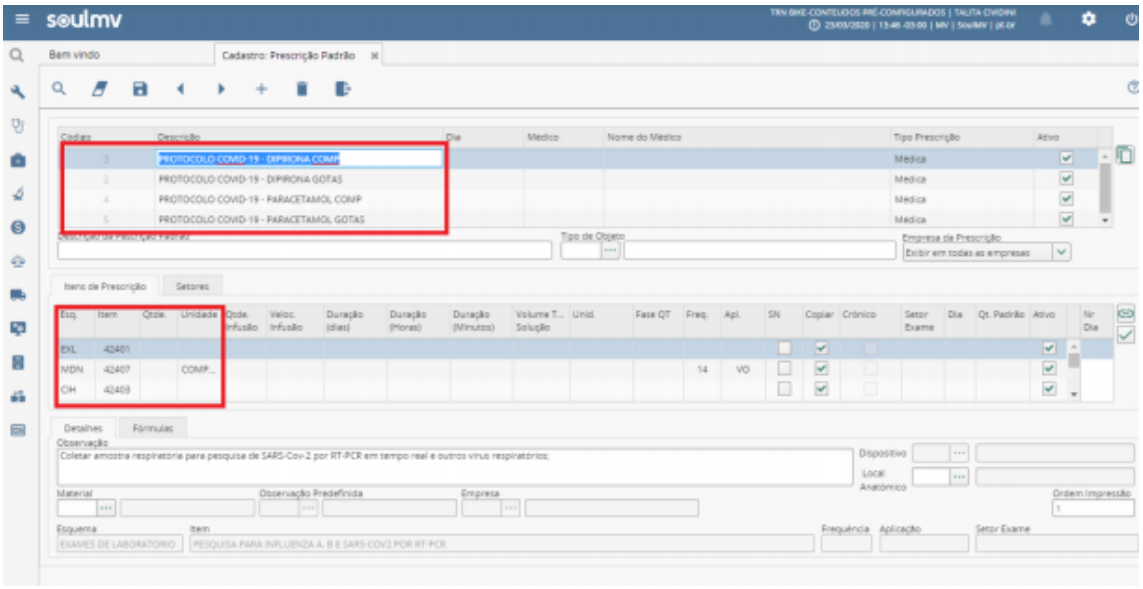
APÓS O AGENDAMENTO, DO MODO ACIMA EXPOSTO, O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER NA POLICLÍNICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCECIMENTO PRESCRITO.

FLUXOGRAMA:

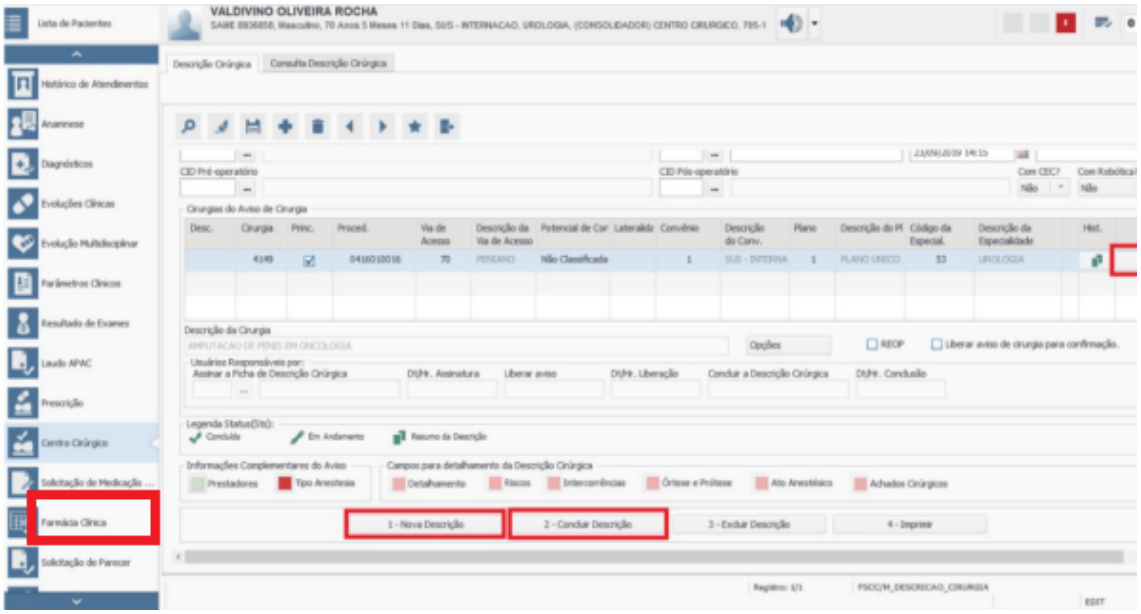


DISPENSAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA AO PACIENTE

1) O profissional médico deverá proceder com o registro da prescrição médica no sistema:



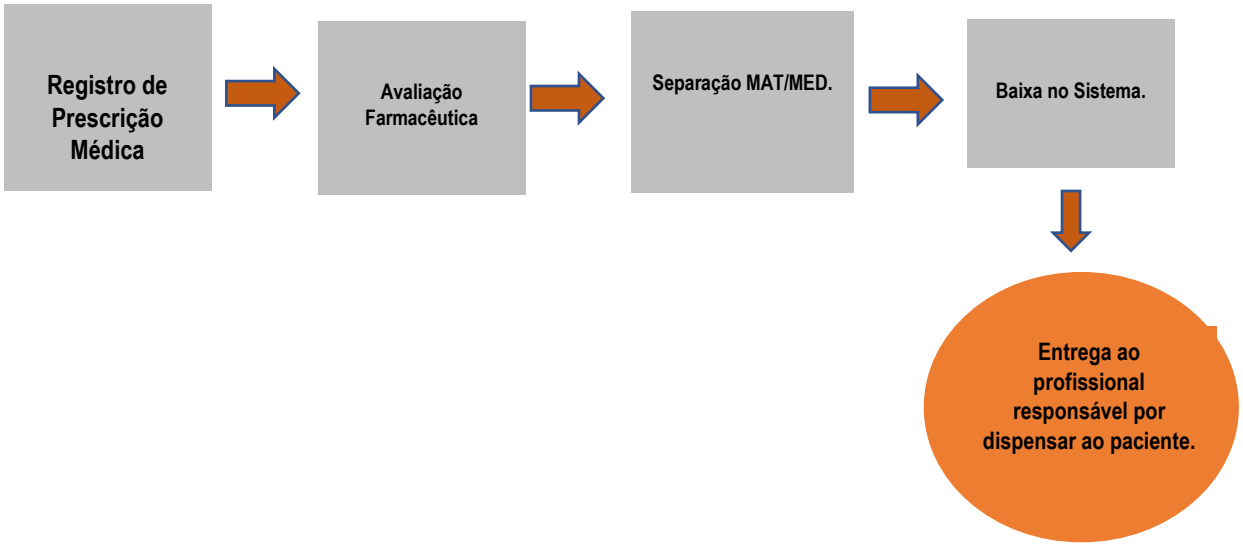
2) O profissional da farmácia acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica:



3) Após a avaliação farmacêutica, a prescrição médica é direcionada para separação dos itens requeridos;

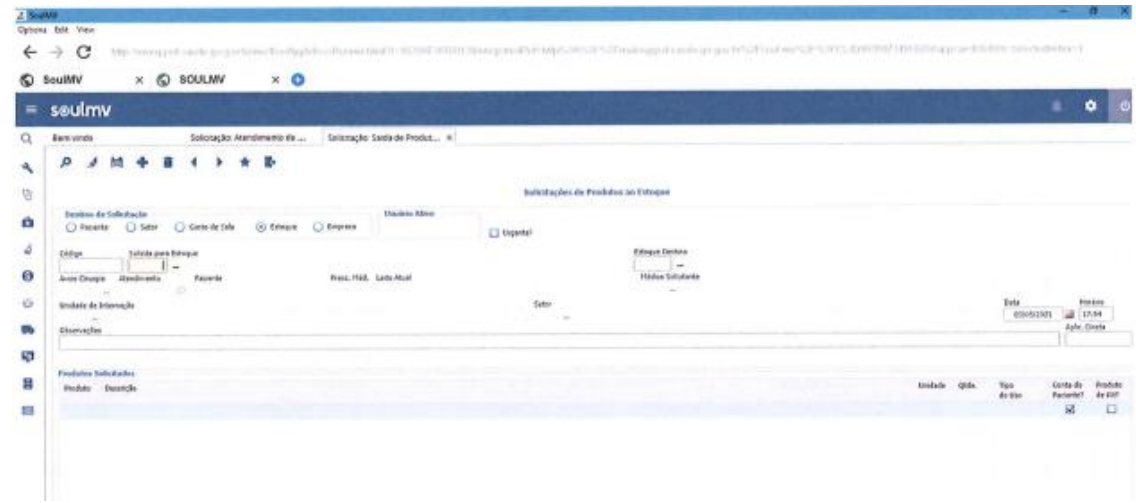
4) Após a separação é realizada a baixa de Medicamentos/ Materiais e entregue ao profissional responsável por dispensar ao paciente.

FLUXOGRAMA:



TRANSFERÊNCIA DE MATERIAIS E INSUMOS DO CAF PARA A FARMÁCIA

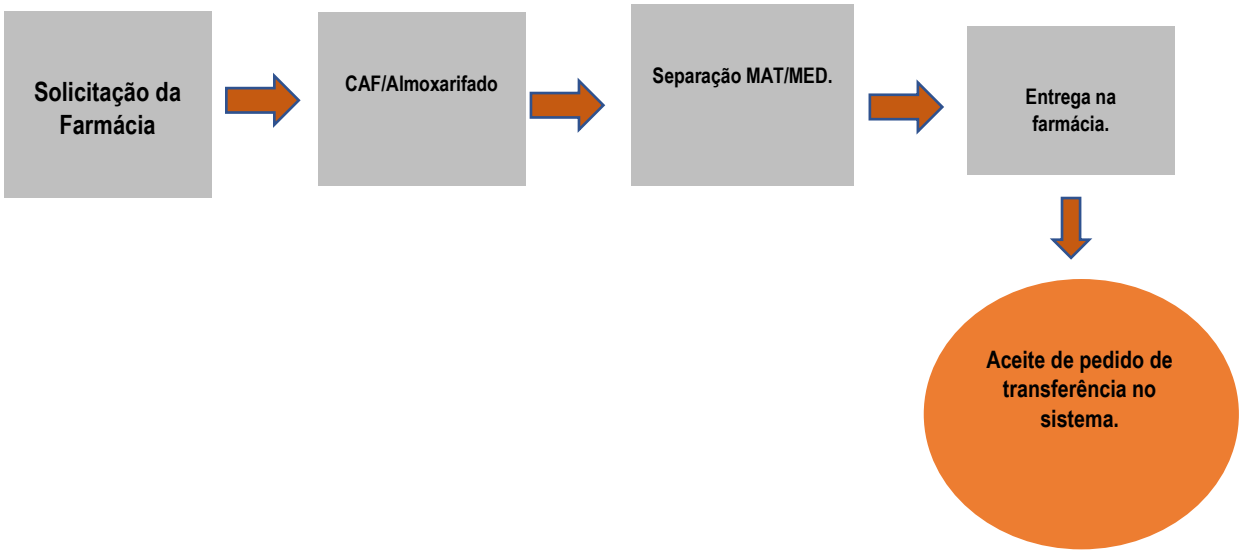
1) O farmacêutico ou técnico lotado na farmácia faz a solicitação dos materiais e medicamentos que necessita;



2) O assistente do CAF ao acessar o registro solicitante, providencia a separação dos itens requeridos, faz a transferência no sistema e entrega na farmácia;

3) O auxiliar farmacêutico acessará o registro, fará a conferência dos medicamentos e materiais requisitados e aceitará o pedido de transferência, caso esteja tudo certo.

FLUXOGRAMA:



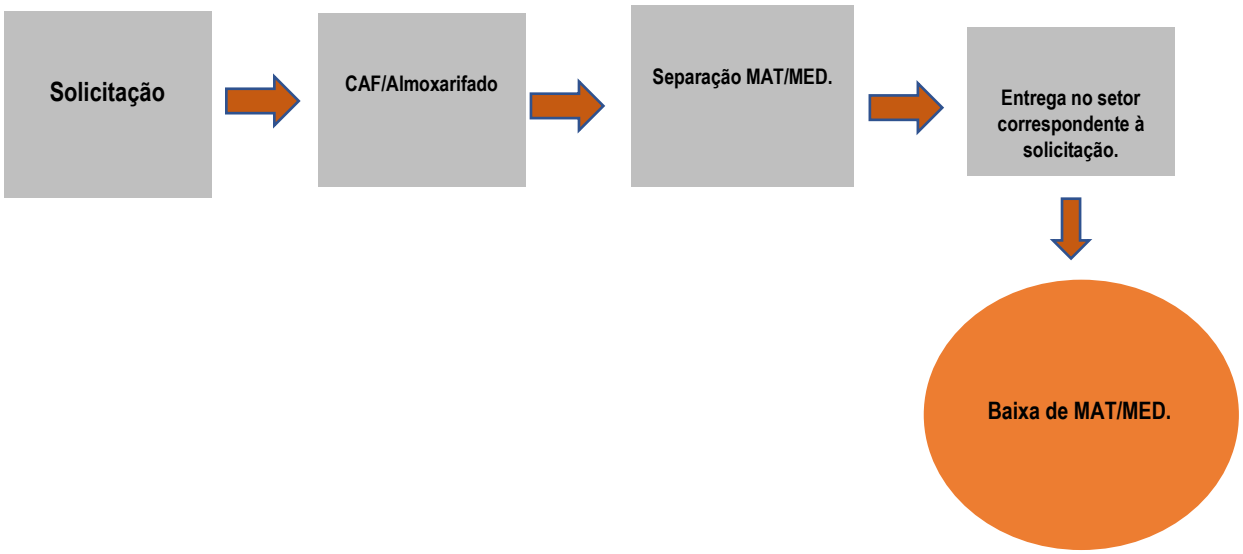
DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS SETORIALMENTE

1) Será requisitado pelo setor, todos os medicamentos e materiais necessários por meio eletrônico/impresso;

2) O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência e separa os materiais e medicamentos requisitados;

3) Após a separação é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue ao setor solicitante.

FLUXOGRAMA:



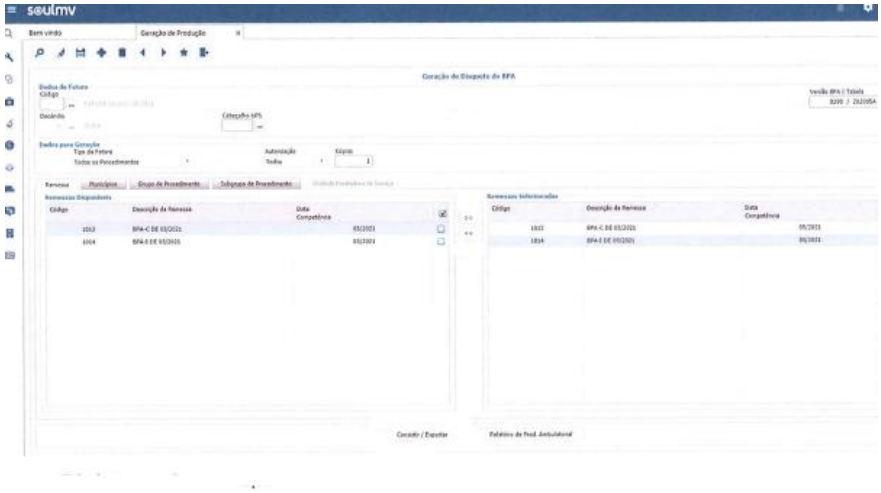
FATURAMENTO DE BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

1) Necessário proceder com a conferência de todos os atendimentos gerados nas 24 horas anteriores a conferência. É gerado à partir daí um relatório, onde é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados no cadastro do paciente;

2) No boletim de procedimento ambulatorial (BPA) é possível verificar todos os profissionais que realizaram os procedimentos listados no cadastro do paciente;

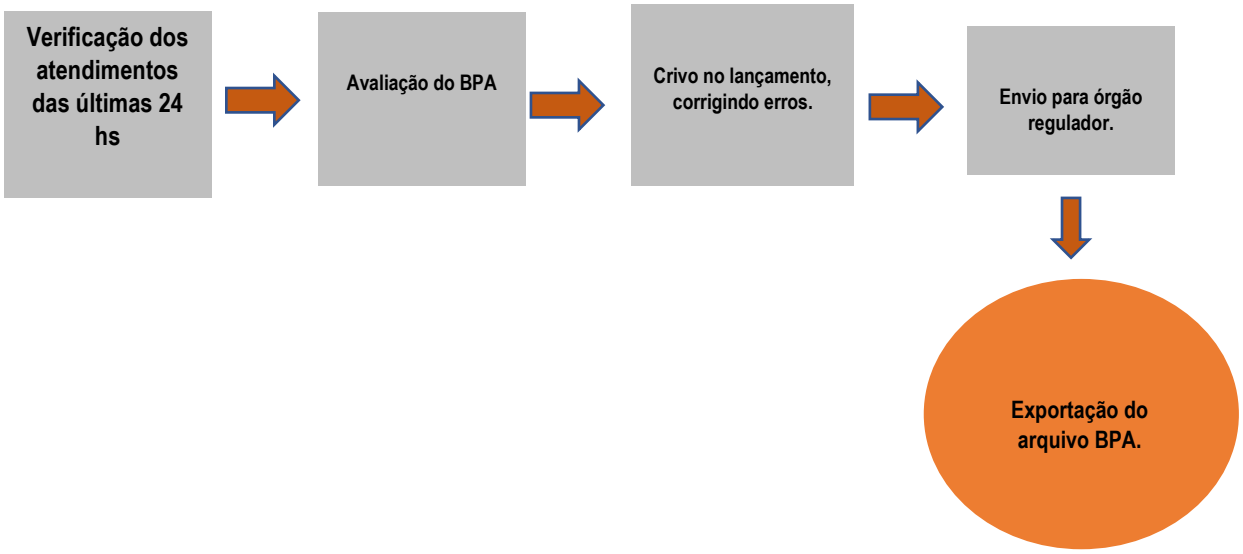
3) Após a verificação e correção dos lançamentos é visto o crivo (pendência por erro

4) Após serem corrigidos os erros existentes na conta, exporta-se os arquivos.



5) Gera-se o arquivo BPA e encaminha o documento para o órgão regulador.

FLUXOGRAMA:



FLUXO PARA COMPRA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A gestão de materiais, de forma geral, refere-se ao planejamento, realização e o controle do fluxo de materiais dentro da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, que vai desde a solicitação do material, passando pela compra e pelo efetivo consumo, até o descarte final, sendo este processo realizado de forma eficiente.

Num ambiente de unidade de saúde, os estoques desempenham um papel de grande importância, eles tornam o atendimento possível de ser realizado, por se tratar de uma necessidade muitas vezes desconhecida e uma demanda variável, viabilizando, assim, a prestação de serviços aos pacientes e, por esse motivo, devem ser geridos de forma eficiente.

A administração dos recursos materiais tem por objetivo assegurar que o material esteja disponível, no momento e no local adequado, assim deverá os profissionais envolvidos seguir o seguinte fluxo na Policlínica Regional – Cidade de Goiás, sempre que os itens aparecerem no controle de estoque como baixo.

	A	B	C	D
1	Controle de Estoque - Material de Consumo Hospitalar			
2		Consumo	Estoque	
3	Item	Semanal	Quantidade	Nível
4	Agulha Cirúrgica	300	432	Normal
5	Agulha Descartável	1300	829	Baixo
6	Algodão (caixa)	500	127	Crítico
7	Atadura (rolo 30m)	250	453	Normal
8	Bandagem (pcte)	400	317	Baixo
9	Compressas (pcte)	300	193	Baixo
10	Curativos (caixa)	200	25	Crítico
11	Esparadrapo (rolo 10m)	120	238	Normal
12	...			

1) O profissional encarregado por compras ou o colaborador da Farmácia e/ou Almoxarifado realiza o planejamento e informa a quantidade a ser comprada na plataforma própria;

2) O profissional inserirá os itens a serem cotados no sistema de compras;

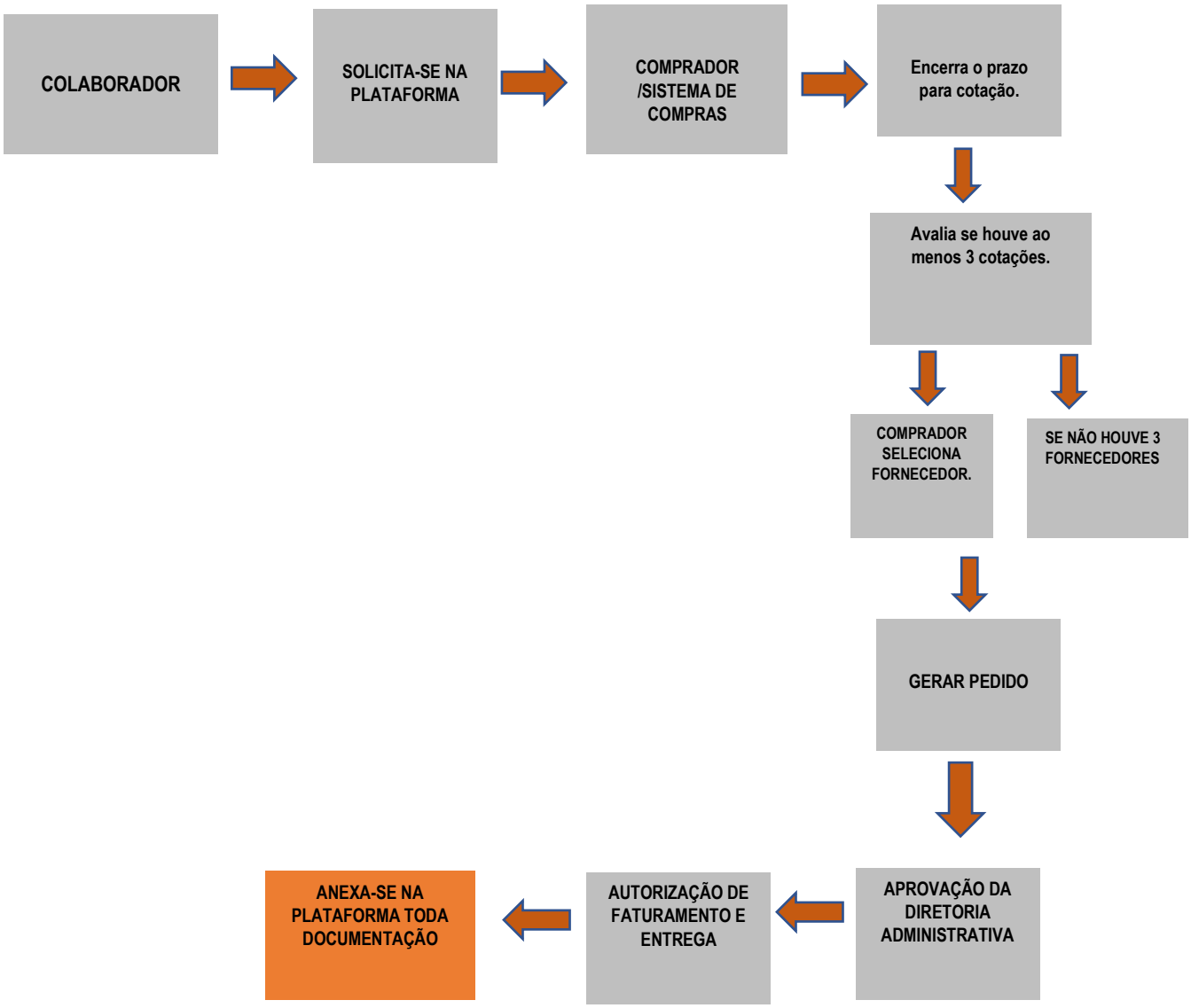
3) Encerrando o prazo de cotação, o comprador avalia se houve, 3 (três) fornecedores no mínimo, cotados;

4) Finalizado o prazo de cotação, o comprador seleciona o fornecedor ganhador com menor preço praticado, gera o pedido de compra e envia para aprovação do setor responsável na Policlínica Regional – Cidade de Goiás (Diretoria Administrativa).

5) Após aprovação da Diretoria Administrativa, o fornecedor recebe automaticamente o pedido, autorizando o faturamento e entrega do produto;

6) O responsável pela compra, procede com o anexo da cotação e pedido, junto a plataforma de gerenciamento de processos, para que possa ser conferido no momento do recebimento.

FLUXOGRAMA:


COLABORADOR
SOLICITA-SE NA PLATAFORMA
COMPRADOR /SISTEMA DE COMPRAS
Encerra o prazo para cotação.
Avalia se houve ao menos 3 cotações.
COMPRADOR SELECIONA FORNECEDOR.
SE NÃO HOUVE 3 FORNECEDORES
GERAR PEDIDO
APROVAÇÃO DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA
AUTORIZAÇÃO DE FATURAMENTO E ENTREGA
ANEXA-SE NA PLATAFORMA TODA DOCUMENTAÇÃO

PAGAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

1) Insere-se a nota fiscal, certidões de regularidade fiscal e relatório da entrega na plataforma na plataforma de gestão de processo de aquisições pelo Setor de Tesouraria;

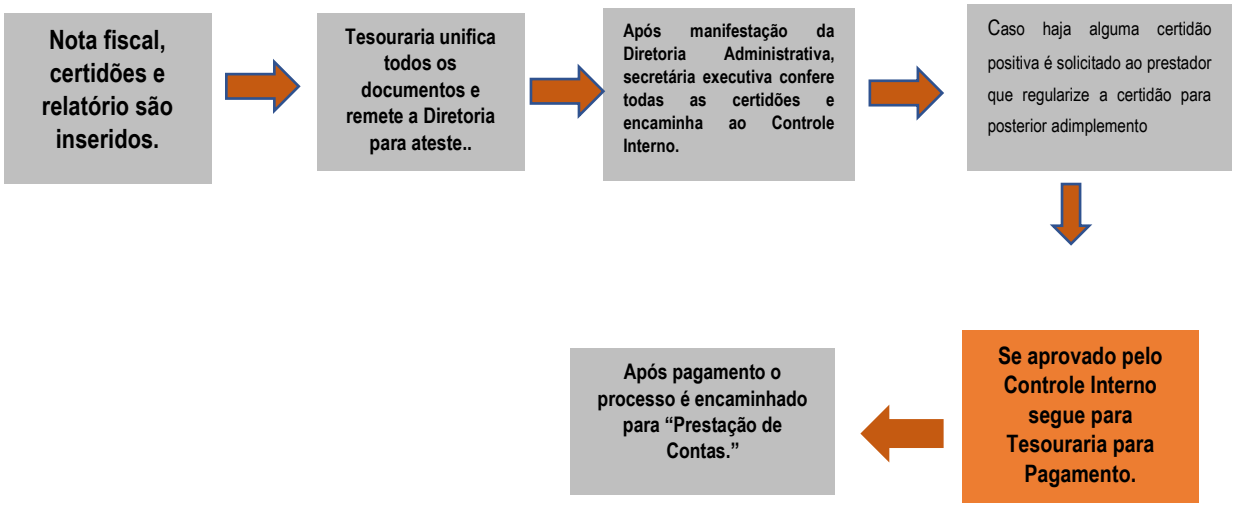
2) O setor de Tesouraria procede com a unificação de todos os documentos e encaminhando para a Diretoria Administrativa solicitando o ateste da nota fiscal.

3) Após a manifestação da Diretoria, a secretária executiva confere todas as certidões de regularidade e contrato de prestação de serviço e encaminha para o Núcleo de Controle Interno. Caso haja alguma certidão positiva é solicitado ao prestador que regularize a certidão para posterior adimplemento.

4) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.

5) Após pagamento o processo é encaminhado para "Prestação de contas".

FLUXOGRAMA:



PAGAMENTO DE FORNECEDORES DE MAT/MED

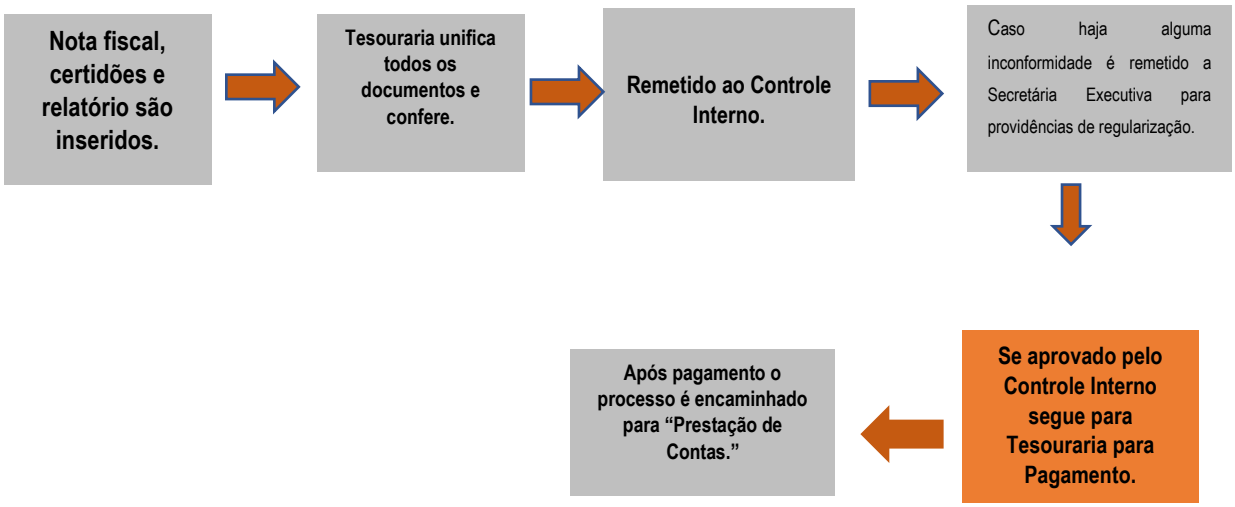
1) Após o recebimento da nota pelo almoxarifado, a mesma é anexada ao processo com demais documentações (certidões, relatório) e encaminhada à Tesouraria;

2)Tesouraria faz a conferência. Se houver alguma inconformidade no processo, o fornecedor é acionado para regularizar e posterior adimplemento. Caso esteja tudo em conformidade, o processo é remetido para o Controle Interno.

3) Se aprovado pelo controle interno, o processo retorna à Tesouraria para pagamento. Se não aprovado, retorna a Secretaria Executiva para providências de regularização. Após regularização é novamente encaminhado ao Controle Interno.

4) Após pagamento o processo é encaminhado para "Prestação de contas".

FLUXOGRAMA:



DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA REGULARIDADE CONTÁBIL NA POLICLÍNICA – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Quando se fala de desenvolvimento de ações contábeis há uma série de documentos que ganham relevância para que se possa manter uma situação de regularidade.

Estão entre os principais:

- notas fiscais de entrada, que se referem à compra de bens e à aquisição de serviços;
- extratos bancários contendo movimentações financeiras da unidade;
- duplicatas pagas;
- comprovantes de pagamentos de gastos (custos e despesas);
- Livro Razão;
- Livro diário;
- Balancete;
- Folha de pagamento;
- DRE;

1) A Contabilidade disponibilizará os documentos para conferência do Departamento Financeiro.

2) Após a conferência, as planilhas são retornadas ao departamento de automatização das matrizes de acordo com o SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro), são elas:

0300 – Balancete

0400 – BP – Balanço Patrimonial

0500 – Folha de Pagamento

0700 – Encargos de Folha de Pagamento

0900 – DRE

1300 – Indicadores Hospitalares Metas de Produção;

1500 – Gastos com Colaboradores

1700 – Razão

1800 – Demanda Judicial

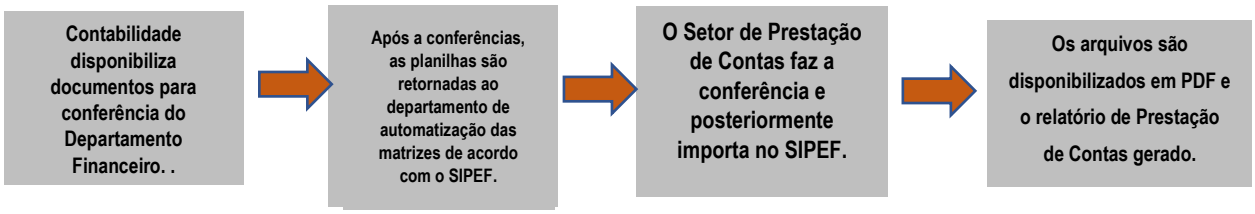
1900 – Benefícios da Folha de Pagamento

3) Após adequação das planilhas, o Setor de Prestação de Contas faz a conferência e posteriormente importa no sistema Sipef.

4) Os arquivos são disponibilizados em PDF e o relatório de transmissão de Prestação de Contas gerado.

(Fluxo mais superficial tendo em vista a necessidade de verificar quais sistemas de controle contábil são os ideias para a Policlínica Regional – Cidade de Goiás e aprovados pela SES/GO).

FLUXOGRAMA:



FLUXO DE OFÍCIOS

Antes de adentrar no fluxo de ofícios da Policlínica Regional – Cidade de Goiás é oportuno destacar que o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, promoverá na unidade capacitação aos colaboradores que tenham entre suas atribuições a de redigirem documentos.

Quando se fala de redação de documentos, sobretudo em repartições públicas como é o caso da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, ainda que se esteja diante de uma gestão por organização social parceira, os documentos continuam tendo o caráter de documentos que resguardam o elemento de "oficiais".

Nesse sentido, a observância ao Manual de Redação do Estado de Goiás, elaborado pela Secretaria de Estado da Casa Civil e revisado no ano de 2021, é de suma importância.

Tal Manual, traz entre suas prescrições a necessidade de que as documentações tragam em seu bojo o elemento da clareza. Vejamos:

> A clareza tem que ser assumida como a qualidade mais importante da redação oficial. Um texto claro é de compreensão certa e rápida.
>
> Com ele, o leitor entende facilmente o que precisa entender, por isso pode dar prontamente uma resposta ao que lhe é cobrado no conteúdo lido. Atinge-se a clareza com o uso de expressões simples, diretas, transparentes quanto à significação, com a elaboração de frases mais curtas em cujo interior não haja desordem ou inutilidade de termos.
>
> Isso faz com que o leitor medianamente conhecedor de seu idioma extraia, sem prejuízos, as mensagens necessárias. Assim, deveria ser evitado o preciosismo linguístico, isto é, o exagerado requinte ao escrever ou falar com termos pouco usuais. Quem dele se vale emprega verbos como: obtemperar, abroquelar, acostar, anuir, colacionar; substantivos como: menoscabo, diapasão, linde, utente; locuções como: à guisa de, à míngua de, com fulcro em, desde logo, em tal recôncavo, em tela.
>
> (...)
>
> Sabe o que é concisão quem consegue dizer muito empregando menos palavras. Trata-se de uma economia de termos ou vocábulos, não de conteúdo, isto é, não podem ser subtraídas informações indispensáveis à compreensão do documento em leitura.
>
> (...)

> A coesão prende-se ao uso eficiente de certas palavras ou grupos delas para garantir as ligações lógicas. Espera-se, por exemplo, que o redator perceba que, entre ideias ou fatos que se opõem, precisa ser usada uma expressão que marque o contraste como: mas, porém, entretanto. Mas se uma ideia indica um resultado daquilo que foi declarado antes, há necessidade de criar um elo de sentido marcado por uma expressão como: portanto, consequentemente, desse modo, assim.
>
> (...)
>
> Quanto à coerência, pode-se dizer que ela é, em grande parte, conseguida por um eficiente trabalho coesivo. Se há uma harmonia na frase, no parágrafo ou na totalidade do texto porque foram usadas expressões que criaram nexos compreensíveis, estruturadores de sentidos, podemos dizer que aquilo que foi escrito ou lido é coerente, sobretudo porque há unidade das partes. Afinal, ali está uma sequência de opiniões, imagens, fatos ou ordens – ou ainda uma combinação deles – que nós conseguimos mentalmente seguir, inclusive pela correspondência aceitável com aquilo que nós sabemos sobre o mundo. Essa harmonia das partes entre si e delas com a realidade constrói e faz transparecer a coerência, que deve ser, respectivamente, interna e externa.
>
> (...)
>
> Além de procurar escrever sempre num padrão linguístico adequado, isto é, acessível a todos, seguindo para isso as regras gramaticais próprias da norma culta, deve haver preocupação com a assimilação de padrões de tratamento, técnicas de confecção de cada gênero textual, de formatação etc. Se os traços que disciplinam as modalidades oficiais de redação forem incorporados à rotina dos servidores públicos redatores, haverá uma socialização normativa em termos de escrita, que denominamos padronização. E ela é um item importantíssimo na boa execução do serviço público porque insere os que redigem num sistema maior de produção dos textos oficiais, dando segurança a todos que estão envolvidos nele.

Após esse breve relato introdutório, mas que tem relevância, sobretudo ao se destacar a observância da proponente ao Manual de Redação Oficial do Estado de Goiás, no desenvolvimento de suas atividades, adentremos no assunto fluxo de ofícios, propriamente dito.

A organização documental dos ofícios deve ser dar dentro de um civil, com uma numeração crescente. Assim é possível verificar o que foi enviado, recebido e respondido.

As respostas também devem conter uma numeração ordenada e crescente dentro da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, mas de modo que sempre guarde destaque com a numeração do documento recebido.

OFÍCIOS ENVIADOS PELO IBGC:

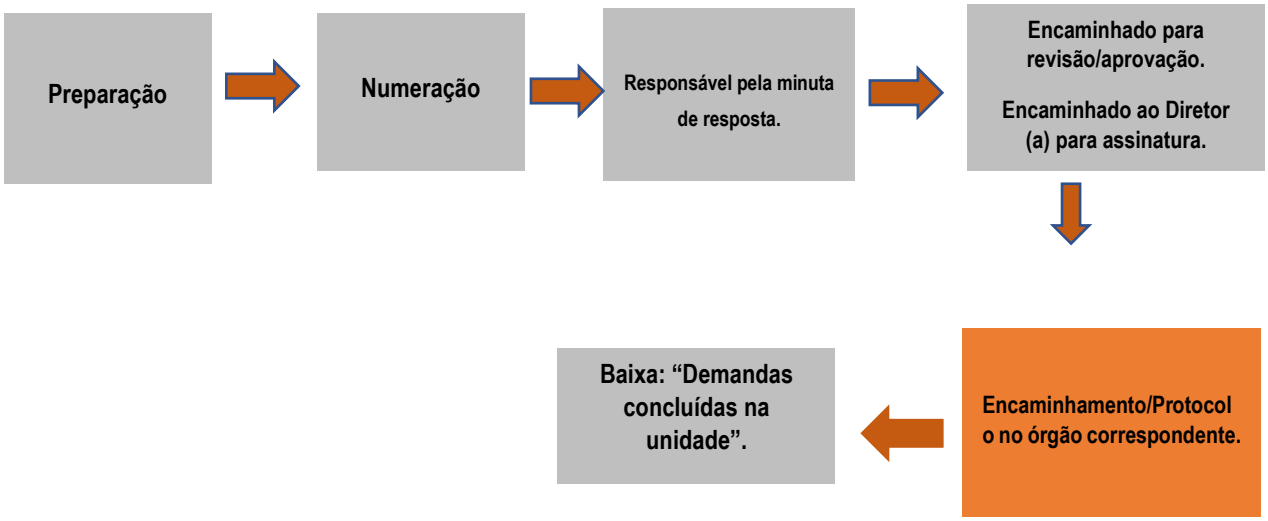
Os ofícios encaminhados pelo IBCG são documentos que tem como objetivo solicitar algum tipo de informação (seja ela de órgãos públicos ou privados), requerer algum tipo de aporte financeiro (investimentos) ou levar algum tipo de informação do Instituto para entidades e órgãos, sempre tendo como objetivo primordial, a eficiente gestão e operacionalização da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Os colaboradores lotados nas Diretorias da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, redigiram as minutas dos ofícios e as inserirão na Plataforma própria de gestão documental, para posterior análise, aprovação e revisão (se for o caso).

Após, procederá com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

FLUXOGRAMA:



OFÍCIOS RECEBIDOS PELO IBGC:

Os remetentes de ofícios que tem como destinatário o IBGC, são órgãos e entidades (públicas e privadas). Por vezes a documentação poderá ser entregue presencialmente pelos órgãos remetentes, em outras situações serão encaminhadas por sistema de Correios e em alguns casos (dada a urgência e economicidade, por exemplo) serão encaminhados nos e-mails corporativos cadastrados.

Destaca-se que o fluxo documental do IBGC, na gestão da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, recomendará que qualquer documento, enviado eletronicamente, seja recebido somente por e-mail corporativo e não endereço eletrônico pessoal, zelando assim pelos princípios norteadores da Administração Pública como impessoalidade e transparência. Em caso de recebimento pessoal, por algum motivo, alheio a vontade do colaborador, o mesmo deverá imediatamente proceder com o envio aos e-mails institucionais.

Os ofícios entregues presencialmente ou via postal (Correios), após recebidos deverão ser digitalizados e salvos em pastas próprias da rede da Policlínica Regional – Cidade de Goiás e da plataforma de gerenciamento documental.

Oportunamente, na plataforma deverão ser marcados todos os colaboradores envolvidos no tema, além do responsável pela resposta.

Feito isso, o colaborador responsável por redigir a minuta, a elaborará, indicando o número do Ofício recebido e encaminhará ao responsável pela aprovação/revisão.

Após, procede com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

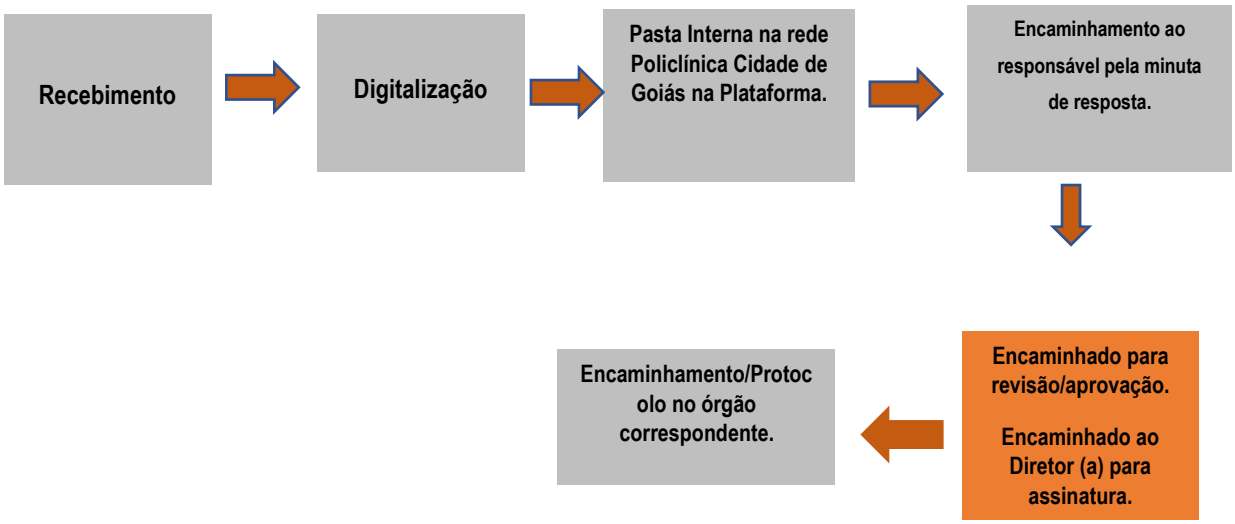
Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

Observações:

a) em alguns casos, ainda que fosse o caso de encaminhamento do documento via e-mail, quando o tamanho do Ofício não for compatível com capacidade do provedor do e-mail, o mesmo deverá ser protocolizado de maneira física no órgão;

b) ofícios de natureza meramente informativa, deverão ser inseridos nas Pastas da rede da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, e na plataforma de gerenciamento documental, com marcação dos colaboradores que devem ter ciência do teor daquele documento. Após o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias do seu recebimento, deverá ser providenciada sua baixa e modificado para lista de "demandas concluídas na unidade".

FLUXOGRAMA:



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERELIZADOS/ROUPAS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido pelo Ministério da Saúde como um conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e a distribuição dos materiais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307 de 14 de novembro de 20022, considera o CME como sendo uma unidade de apoio técnico responsável pelo fornecimento de artigos médico-hospitalares devidamente processados, resultando em condições adequadas para atendimento direto e assistência à saúde de indivíduos enfermos ou sadios. Podendo se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar-lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades hospitalares e deve-se ressaltar seus aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, à garantia da qualidade dos artigos odonto-médico-hospitalares.

Segundo a SOBECC4, a área física do CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo (o qual é exigido pelas leis sanitárias), evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice e versa.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de

esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente tão importante quanto à assistência direta realizada pela equipe de enfermagem que atende aos pacientes nas unidades assistenciais. O cuidado de enfermagem, realizado por esses profissionais, se materializa em um ambiente distante do paciente, mas intimamente relacionado com o cuidado direto, uma vez que é dotado de complexidades, tecnologias e saberes específicos em prol da segurança do paciente, contribuindo para uma assistência livre de danos e agravos à saúde e, consequentemente, para a qualidade da assistência prestada pela instituição.

A ANVISA, através da RDC nº 15, de 15 de março de 20125, estabeleceu os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, abrangendo serviços de saúde públicos e privados, além das empresas processadoras de produtos. A saber:

> CAPITULO I
>
> DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS
>
> […]
>
> Secção III
>
> Definições
>
> Art. 4º Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:
>
> […]
>
> XV – produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
>
> XVI – produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;

XVII – produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;

XVIII – produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetidos processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;

XIX – produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;

XX – produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;

XXI – processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

[...]

XXVII – representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;

XXVIII – responsável técnico – RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

[...]

CAPITULO II

DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I

Condições Organizacionais

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.

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

[…]

Art. 21 A limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora.

Parágrafo único. O processamento de produtos para saúde não críticos pode ser realizado em outras unidades do serviço de saúde desde que de acordo com Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

[…]

Secção II

Recursos Humanos

Art. 27 Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe.

Art. 28 O CME e a empresa processadora devem possuir um Profissional Responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação especifica.

Parágrafo único. O responsável pelo CME Classe II deve atuar exclusivamente nesta unidade durante sua jornada de trabalho.

Subseção I

Da Segurança e Saúde no Trabalho

Art. 30 O trabalhador do CME e da empresa processadora deve utilizar vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas técnicas e restritas.

[...]

Art. 32 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades.

[...]

Subseção II

Atribuições

Art. 33 Compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora:

I – Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;

II – Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;

III – Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;

[...]

VII – Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;

VIII – Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

[...]

Seção IV

Da Infra-Estrutura

Art. 44 O CME Classe I deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Área de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Área de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Art. 45 O dimensionamento das áreas do CME Classe I deve ser efetuado em função da demanda e dos métodos de processamento utilizados.

Art. 46 O CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

Art. 47 O CME Classe II e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

I – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);

II – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);

III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);

IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e

V – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

[...]

Art. 48 Para o CME Classe II e na empresa processadora é obrigatória a separação física da área de recepção e limpeza dos produtos para saúde das demais áreas.

[...]

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 424, de 19 de abril de 20126, normatizou as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em CME, ou em empresas processadoras de produtos para a saúde. Dentre essas atribuições, destacam-se:

> Art. 1º Cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:
>
> I – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
>
> II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;
>
> [...]
>
> X – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
>
> XI – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
>
> XII – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;
>
> [...]
>
> Art. 2º Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Assim, o CME se destaca no contexto da organização dos serviços de saúde por ser uma unidade de apoio técnico as demais unidades assistenciais e de diagnóstico que necessitem de produtos para saúde processados indispensáveis ao desempenho técnico da equipe, proporcionando segurança e eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

A dinâmica do processamento de produtos para a saúde no CME é bastante intensa e especifica, o que requer adoção de fluxos bem definidos quanto à recepção, limpeza,

enxague, secagem, preparo e embalagem, desinfecção, esterilização, guarda e distribuição dos produtos utilizados nos diversos setores da unidade. Para isso, se faz necessário que a equipe de trabalho envolvida tenha suas atribuições e responsabilidades profissionais formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas, servindo também como subsídio para identificação da carga de trabalho da unidade e adequação de dimensionamento de pessoal.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERIZADOS NA POLICLÍNICA – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Se tratando a Policlínica Regional – Cidade de Goiás uma unidade de saúde que promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade, em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo a população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas, os itens relacionados aos serviços, serão os itens esterilizáveis cotidianamente no âmbito de um serviço de atenção secundária.

Em um aspecto de tanto relevo como o CME da Policlínica Regional – Cidade de Goiás cabe alguns apontamentos teóricos que se refletirão na gestão do mesmo por essa proponente.

Desinfecção:

É o método usado para destruição de micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa (não esporulada). Reprocessa os artigos não críticos ou semicríticos visando garantir o reuso seguro.

Fatores que interferem na desinfecção: limpeza prévia, presença de carga orgânica e/ou inorgânica, o tipo e nível de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida, a configuração do produto para saúde, o pH, a dureza da água.

A desinfecção subdivide-se em três níveis:

• Desinfecção de Alto Nível – Destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. O enxague deve ser feito preferencialmente com água estéril e manipulação asséptica.

• Desinfecção de Nível Intermediário – Viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose. Não destrói esporos.

• Desinfecção de Baixo Nível – É capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, não tem ação contra os esporos, vírus não lipídicos nem contra o bacilo da tuberculose. Tem ação relativa contra os fungos.

NÍVEL	AGENTE QUÍMICO	APLICAÇÕES
Alto	• Ácido Peracético • ortophitalaldeído	lâminas de laringoscópio, equipamentos de terapia respiratória, material de anestesia e endoscópios.
Intermediário	• Hipoclorito de sódio • Álcool	materiais inalatórios, macronebulização, nebulização, umidificadores e outros.
Baixo	• Álcool 70%	termômetros, bandejas, cubas, comadres, piriquitos e outros.

Nota: No Brasil em face do surto de micobactéria, a ANVISA restringiu o uso de glutaraldeído, pois uma das hipóteses considera a resistência deste microrganismo ao produto. Associam-se também ao produto, riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos ao empregar solução de glutaraldeído.

Esterilização

É um processo que visa destruir todas as formas de vida com capacidade de desenvolvimento durante os estágios de conservação e de utilização do produto. Conservar é manter as características do produto durante a vida útil de armazenamento (vida de prateleira) à temperatura ambiente.

A esterilização é o processo pelo qual micro-organismos são mortos a tal ponto que não se possa mais detectá-los no meio-padrão de cultura em que previamente os agentes haviam proliferado.

É considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos, químicos ou físico-químicos.

- Métodos Físicos - Calor (autoclave ou estufa) ou Radiação Ionizante;
- Método Químico – Agentes químicos;
- Método Físico-Químico - Meio físico (calor) em associação com agentes químicos.

Área de Recebimento e Expurgo:

É a área que se recebe todo o material proveniente dos vários setores da unidade de saúde, e ainda que sejam contaminados biologicamente, devem ser conferidos na sua chegada.

A execução da limpeza ou descontaminação ocorre nesse local.

• Limpeza é o processo que visa à remoção de sujidade visível (orgânicos e inorgânicos) e, por conseguinte, a retirada da carga microbiana. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos odonto-médico-hospitalares.

No expurgo é ideal a manutenção de duas pias. Numa realiza-se a limpeza em outra o enxágue dos materiais

Há duas maneiras de se realizar a limpeza dos artigos, manual ou automatizada:

• A limpeza manual é o procedimento de remoção da sujidade e dos detritos para manter em estado de asseio os artigos. É executada por meio de fricção com escovas macias e do uso de soluções de limpeza. Não se deve usar lã de aço, pois causa ranhuras na superfície dos instrumentais, além de desprender resíduos que podem gerar pontos de ferrugem.

• A limpeza automatizada é desenvolvida por meio de equipamentos (lavadora ultrassônica, lavadora esterilizadora, lavadora termo desinfetadora, lavadora de descarga, lavadora pasteurizada e lavadora de túnel que operam em diferentes condições de temperatura e tempo.

<u>Área de Preparo e Acondicionamento na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:</u>

Nessa área, os artigos odonto-médico-hospitalares limpos são inspecionados, selecionados, empacotados e identificados para posterior esterilização.

Essa atividade têm como objetivo oferecer aos profissionais que utilizarão o artigo esterilizado, a segurança e o conforto de ter na mão o material completo, na sequência necessária e em perfeitas condições de uso. Este local deve ser amplo o suficiente para abrigar a quantidade e a diversidade dos artigos da instituição, sendo subdividida de acordo com o tipo de artigo a ser preparado.

Todo material ao chegar à área de preparo e acondicionamento, deve ser inspecionado quanto à sua funcionalidade, limpeza e integridade. Em seguida, os artigos são acondicionados em diferentes tipos de caixas e embalagens, de acordo com a padronização e métodos de esterilização existentes na instituição.

Os invólucros garantem a esterilidade do artigo, devendo ser compatíveis com o método adotado e livre de resíduos tóxicos. Podem ser de algodão cru ou papel grau cirúrgico, crepado, filme transparente, tyvec, caixas de metal etc. Como exemplo, a equipe de enfermagem da sala de preparo, avalia a qualidade (integridade) do material, confere a quantidade de instrumentais na caixa de acordo com a identificação e o protocolo de caixas cirúrgicas e essa segue para o empacotamento duplo em manta de polipropileno.

A organização do trabalho na sala de preparo é essencial para o desempenho das atividades, portanto é necessário dividir em subáreas:

• Subárea para Preparo de Materiais Especiais: confecção e acondicionamento de cotonetes, dissectores cirúrgicos, gaze para vídeo, cotonóides, gaze para amigdalectomia, tampão vaginal, tampão nasal, malha tubular, etc.

• Subárea para Preparo de Material em Aço Inoxidável: Preparo e acondicionamento de bacias, bandejas, cubarim, cúpula e manipulador de foco, etc.

• Subárea de Preparo de Instrumental Cirúrgico: conferência e acondicionamento de instrumentais cirúrgicos de aço inoxidável, alumínio em caixas, bandejas ou unitário em grau cirúrgico.

• Subárea de Preparo do Artigo de Assistência Ventilatória e Respiratória: Preparo e acondicionamento de circuitos de ventilação mecânico e de anestesia.

• Subárea de Preparo de Roupa Cirúrgica e Campo Operatório: Preparo e acondicionamento de campos cirúrgicos, aventais e campos operatórios (compressas).

Área de Armazenamento e distribuição

Essa área tem por finalidade centralizar o armazenamento de todos os artigos reprocessados ou reesterilizados para serem distribuídos às unidades consumidoras.

A preservação da esterilidade dos artigos é o objetivo principal nessa área.

• Os pacotes devem ser manuseados quando estiverem completamente frios antes de serem estocados ou removidos do carro esterilizador.

• A área deve ser projetada de tal forma que não permita, no momento da distribuição, o cruzamento de artigo estéril com artigo não-estéril.

• Deve ser fechada e possuir sistema de renovação de ar.

• A temperatura ambiente deve ser mantida entre 18 e 22ºC e a umidade relativa entre 30 a 60%. A importância de se manter um local com uma temperatura relativamente mais baixa e o controle da umidade, justifica-se microbiologicamente que, aliado ao aumento da temperatura no meio ambiente e a umidade, favorece o crescimento de microrganismos.

A distribuição de materiais como última etapa do reprocessamento, é feita de acordo com a necessidade das unidades consumidoras, atentando para a liberação dos materiais com embalagens íntegras e dentro do prazo de validade da esterilização e desinfecção de cada material. Um dos grandes questionamentos feitos pelos profissionais da saúde diz respeito ao prazo de validade dos materiais estéreis.

Na realidade o prazo de esterilidade dos materiais está intimamente ligado ao tipo de embalagem utilizado e não ao processo de esterilização escolhido. É a embalagem que determina o prazo de validade. Portanto, as embalagens utilizadas devem possuir barreira contra a contaminação.

Tipos de embalagens

As embalagens devem oferecer segurança e proteção ao material esterilizado. Os requisitos básicos para uma boa embalagem de esterilização são as seguintes:

• ser apropriada para os materiais e métodos de esterilização;

• Proporcionar selagem adequada e ser resistente;

• Proporcionar barreira adequada;

• Ser compatível e resistir as condições físicas do processo de esterilização;

• Permitir adequada remoção do ar;

• Permitir penetração e remoção do agente esterilizante;

• Proteger o conteúdo do pacote de danos físicos;

• Resistir a punções e rasgos;

• Ser livre de furos;

• Ser livre de ingredientes tóxicos;

• Não gerar partículas;

• Apresentar custo-benefício positivo;

• Ser usada de acordo com as instruções descritas pelo fabricante.

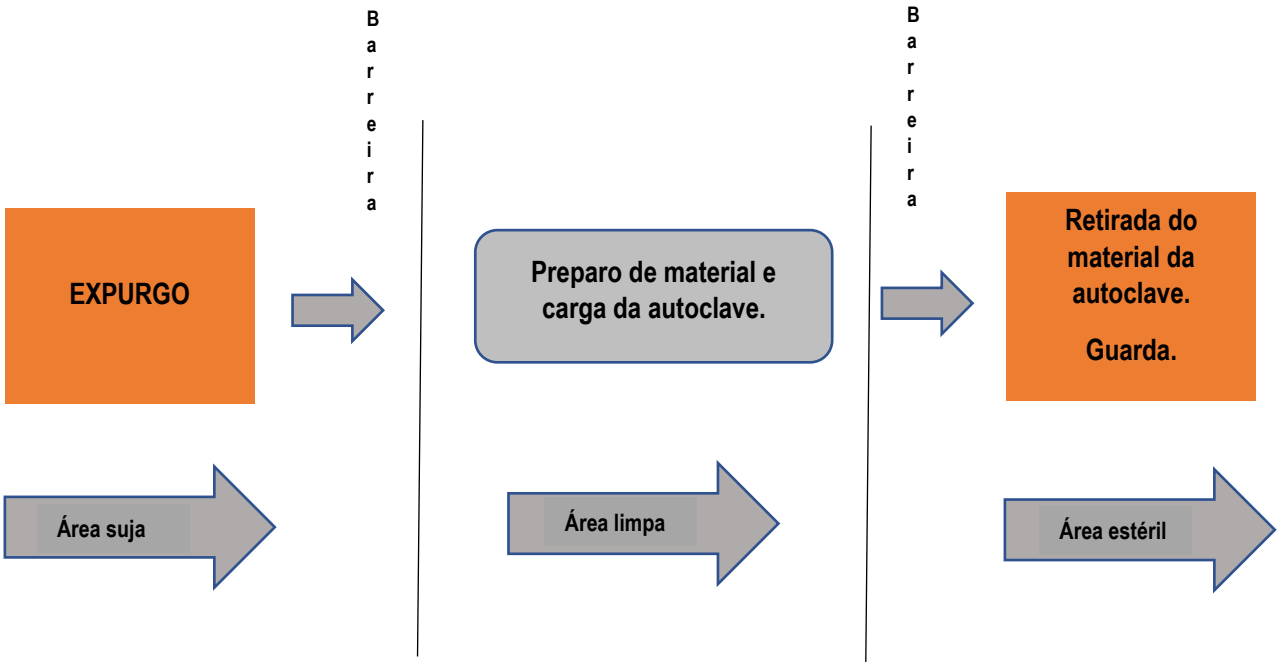
O prazo de validade da esterilização está relacionado com o tipo de invólucro, porém a condição de estocagem e o manuseio excessivo podem influenciar na validade.

No entanto, a boa prática recomenda que cada unidadevalide seu processo de esterilização, bem como as embalagens utilizadas e o local de armazenamento.

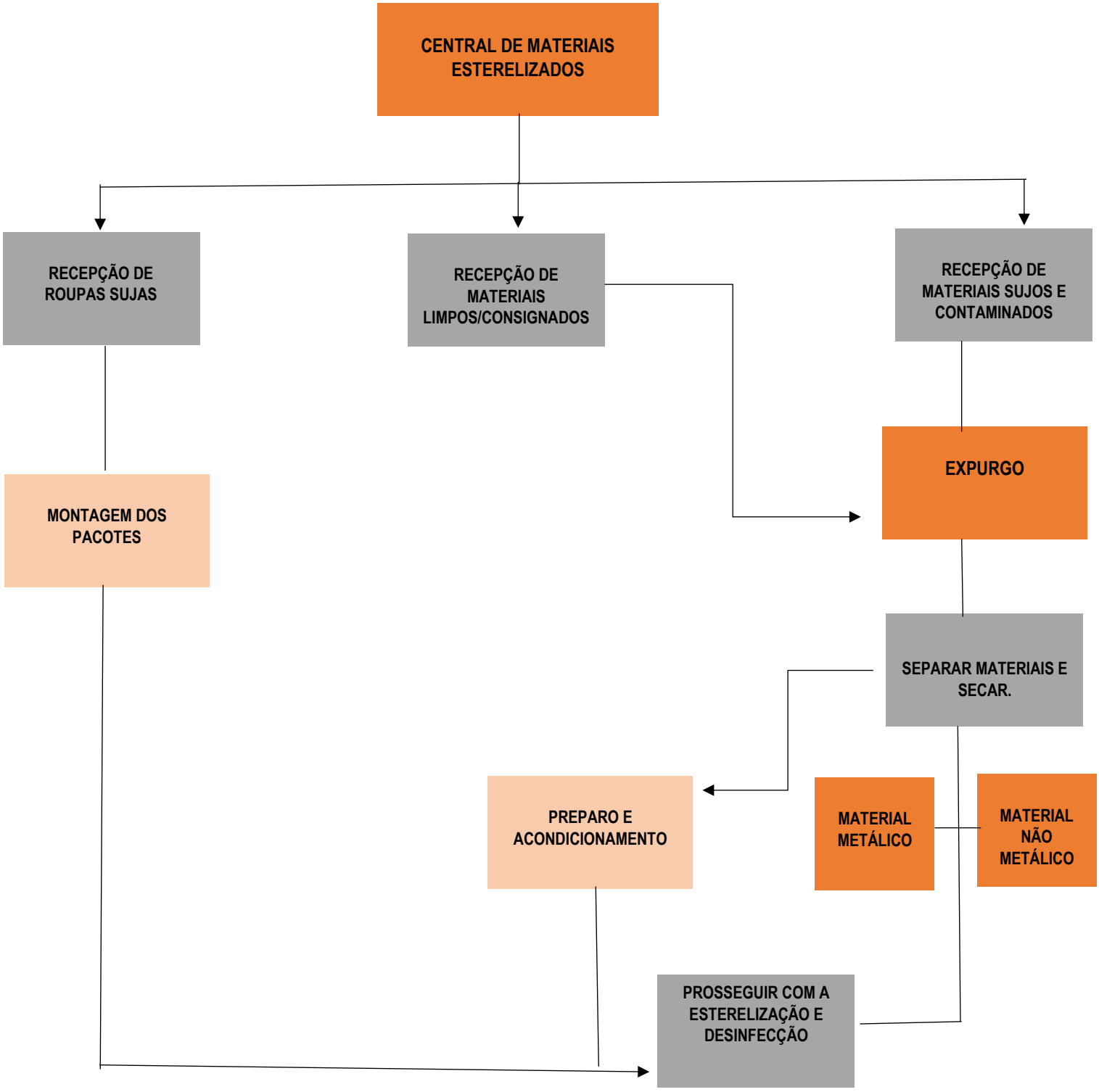
Esta validação deve ser realizada através de amostras com culturas em laboratório. A referência dos prazos de validade por métodos de esterilização e tipos de embalagens do Ministério da Saúde (2001) encontra-se no quadro abaixo:

EMBALAGEM	MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO	PRAZO DE VALIDADE
Campo de tecido cru duplo	- Vapor	7 a 14 dias
Papel grau cirúrgico	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Papel crepado	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Tyvek	- Peróxido de hidrogênio - Óxido de etileno - Radiação gama	- 1 ano - 1 ano - 1 ano
Container com filtro microbiológico	- Vapor	- 6 meses
Container com filtro tyvek	- Peróxido de hidrogênio	- 6 meses

PROPOSTA DE FLUXO GERAL



FLUXO DE CHEGADA DE MATERIAIS PARA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO NA CME



RECEBIMENTO DE MATERIAL SUJO CME

Descrição rotina da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás: A CME receberá o material sujo/contaminado no expurgo das áreas assistenciais e iniciará o procedimento de separação dos materiais por tipo, método de esterelização, técnicas de esterelização específica, secagem, item metálico ou não, etc.

Após os itens estarem prontos, deverá dar início à ESTERELIZAÇÃO/DESINFECÇÃO.

Recebimento de roupa suja: Capotes, compressas, campos e rouparia em geral deverão ser recebidos pela CME e separadas conforme sua utilidade e tamanho, devendo ser observado se há presença de furos, rasgos ou manchas. Ao montar o pacote colaborador deverá anexar a fita indicadora do processo de autoclave obedecendo sempre a técnica da dobradura.

As autoclaves, utilizam vapor saturado sob pressão, pois a destruição dos microorganismos é resultado da combinação de temperatura, pressão e umidade, que causam a desnaturação e termocoagulação das proteínas presentes na estrutura dos microrganismos, provocando a morte das bactérias.

Materias consignados recebidos: O material consignado deverá sempre ser reprocessado no balcão da área limpa do expurgo, onde o colaborador fará a conferência e separação e em seguida o material passará pela limpeza e preparo conforme especifica técnica e indicação do processo de esterelização.

PROCEDIMENTO DE DESINFECÇÃO NA ÁREA SUJA CME

1) A CME receberá o material sujo dos setores da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e adotará as seguintes ações:

- Separação dos materiais por tipo, técnicas de esterelização específica método de esterelização, secagem, item metálico ou não, etc.

a) itens metálico: realizar a limpeza do material da maneira descrita no Procedimento Operacional Padrão;

- Montagem das caixas da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Proceder com o embalamento/empacotamento para que em seguida vá para o procedimento de esterelização;

b) Materias não metálicos: Realizar imersão do material em solução da maneira descrita no Procedimento Operacional;

- Sobrenadar o material, enxaguar e secar da maneira descrita no Procedimento Operacional;

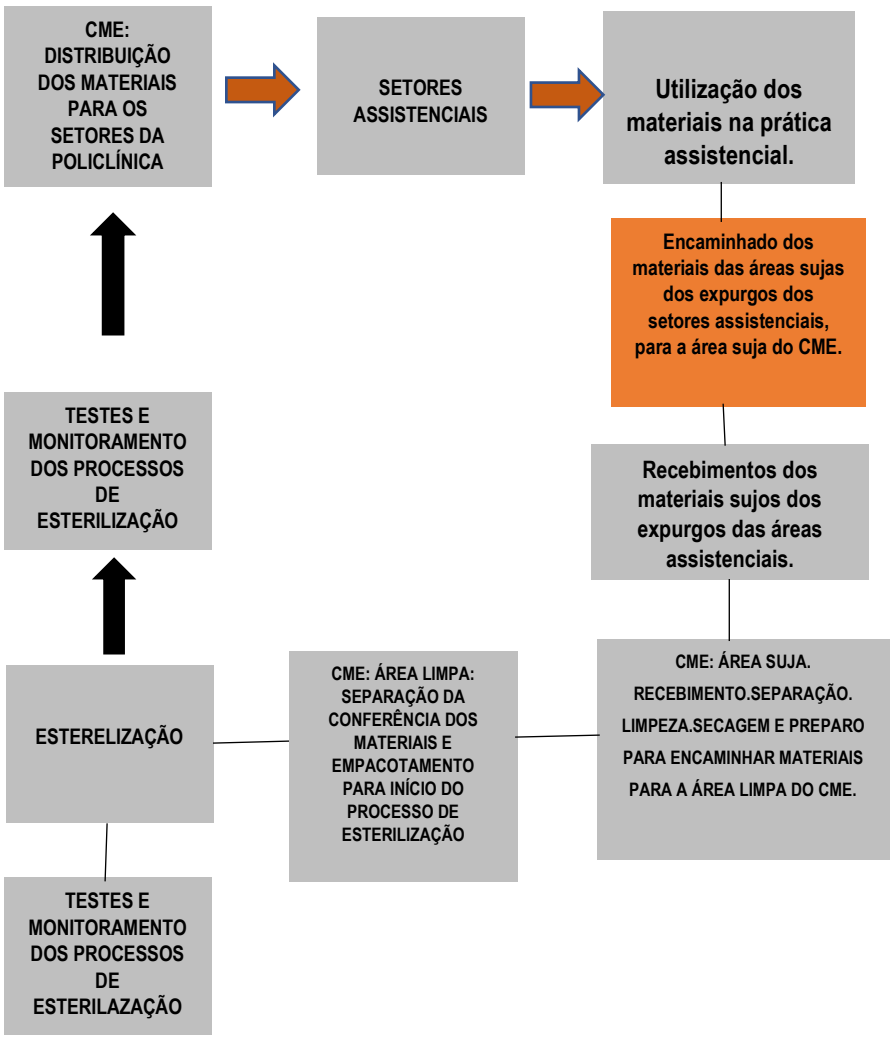
- Material pronto para serem carregados na autoclave para esterelização.

ESTERELIZAÇÃO

Os materias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, serão esterelizados nas autoclaves da CME.

1) FLUXOGRAMA GERAL DOS MATERIAIS – CME – UNIDADES ASSISTENCIAIS:

FLUXOGRAMA:



Descrição do fluxo de materiais – CME- Unidades Assistenciais:

No arsenal encontra-se armazenados os "materiais esterelizados" (kits de sutura, etc...) para uso cotidiano e de apoio às áreas assistenciais da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Unidades Assistenciais:

Ou também chamados nos fluxos deta proponente, de Setores Assistenciais, é onde os materiais são utilizados conforme a demanda do Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Após a utilização dos materiais, eles deverão ser apanhados no expurgos destes setores, para posterior encaminhamento para a área suja do CME, em rotina que deverá ser definida juntamente com a equipe da CCIH e coordenações sobre essa temática.

ÁREA SUJA: CME RECEPCIONA O MATERIAL SUJO/CONTAMINADO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E TOMA AS SEGUINTES AÇÕES:

- Desmembramento/ desmontagem dos materiais por tipo de método, método de esterelização, etc;

- Realização de limpeza e secagem do material;

- Pré – preparo do material para a área limpa – CME;

- Encaminhamento do material para a área limpa para dar início a esterelização.

ÁREA LIMPA: CME RECEPCIONA O MATERIAL DA ÁREA SUJA E TOMA AS SEGUINTES AÇÕES:

- Conferência do material limpo pela área suja. Caso seja verificado qualquer anomalia ou inconformidade em relação ao processo de limpeza prévia, o material deve ser devolvido para a área suja para ações cabíveis;

- Separação do material de acordo com o processo de desinfecção (autoclave ou termodessinfectadora);

- Empacotamento e/ ou selagem dos materiais;

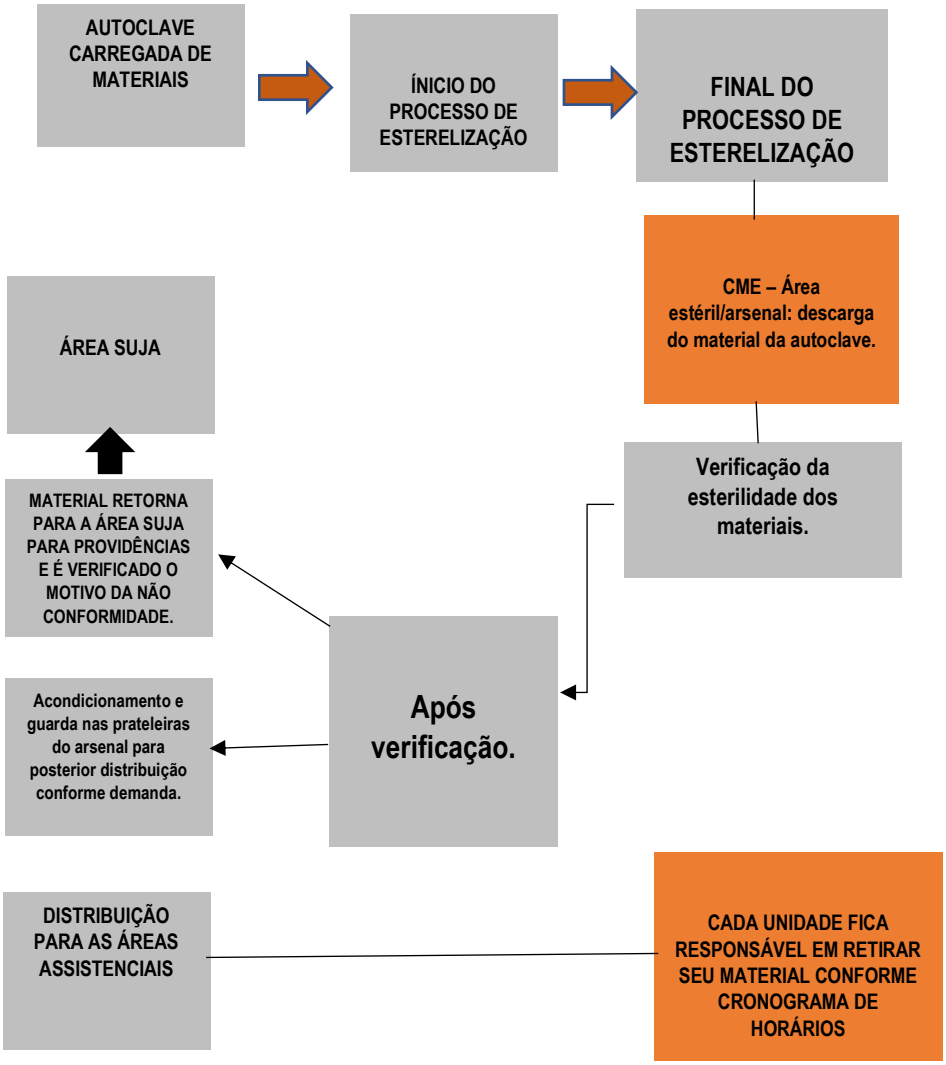
- Carregamento da autoclave ou da termodessinfectadora;

- Início do processo de esterelização.

ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL: ETAPA EM QUE A AUTOCLAVE SERÁ DESCARREGADA E OS MATERIAIS SERÃO ARMAZENADOS NO ARSENAL DO CME E PRONTOS NOVAMENTE PARA DISTRIBUIÇÃO E PRONTO USO OUTRA VEZ:

Fluxo do processo de descarga da autoclave e armazenamento dos materiais no arsenal – área limpa

FLUXOGRAMA:



1) As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização e indicador biológico der resultado positivo.

2) Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico,e depois esse indicador, indicar falha no processo, a totalidade dos materiais deverão ser apanhados e considerados não estéreis.

3) Se não for observado qualquer inconformidade em relação às fases do procedimento de esterelização, os materiais serão armazenados no ARSENAL e estarão prontos para serem distribuídos para os demais setores assistenciais de acordo com a demanda e solicitação.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPARIA/LAVANDERIA

Segundo o Ministério da Saúde as precauções padrões a serem adotadas nas lavanderias dos serviços de saúde são: utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); lavagem das mãos; programas de vacinação, imunização contra Hepatite B e tétano; controle de acidentes com material perfurocortantes.

Prevenção quanto aos riscos biológicos: são aqueles que expõem os indivíduos a doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas.

Equipamentos: Em uma lavanderia de unidade de saúde existem alguns equipamentos fundamentais para todo o processo de lavagem da roupa, desde a sua coleta, passando pela lavagem em si, até o preparo e a entrega do material.

Utilizam-se equipamentos como: lavadora extratora hospitalar, extrator pendular (centrífuga), calandra e secadora.

Como funciona: O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas percorrem, isso desde a sua utilização até seu retorno em condições plena de reuso.

Denominamos essas etapas como: coleta (no expurgo) e transporte da roupa suja utilizada nos diferentes setores da unidade; recebimento, classificação, pesagem e lavagem da roupa suja na lavanderia; centrifugação, secagem e ou calandragem da roupa limpa; separação, dobragem e transporte da roupa limpa da lavanderia para a rouparia da unidade.

A padronização da roupa hospitalar é necessária para facilitar e reduzir os custos de sua operacionalização e ou processamento.

Essa padronagem abrange o modelo da peça, tipo de tecido e cor:

> Toda a roupa de unidade de saúde, independente do grau de sujidade, é considerada contaminada, em razão do próprio ambiente e da presença de pacientes portadores ou não de doenças infecto-contagiosas e do seu eventual acompanhante.

Sendo assim, todo o processo de lavagem da roupa de serviços de saúde deve conter uma etapa de desinfecção, seja térmica ou química.

A lavanderia de serviços de saúde tem como objetivo transformar toda a roupa suja ou contaminada, utilizada na unidade, em roupa limpa.

O processamento de roupas dentro da unidade deve ser dirigido de forma que a roupa não represente um veículo de infecção ou contaminação.

Umectação: facilita o molhamento e a remoção (teor de sujeira) solúveis em água, presentes nas roupas, através do poder umectante de um tensoativo. Neste processo utiliza-se o nível de água alto.

Pré-lavagem: facilita a retirada de sujidade dos tecidos (sujidade pesada) através de produtos específicos de lavagem, buscando remover 70% do teor de sujeira, onde uma única operação de lavagem não seria suficiente para removê-la. Nesta etapa utiliza-se produtos específicos e um nível de água baixo.

Lavagem: nesta etapa ocorre a completa remoção da sujeira, no caso de realização da pré-lavagem (sujidade pesada), ou como única fase, no ciclo de lavagem de sujidade leve. Utilizam-se produtos para lavagem principal e nível de água baixo. Nesta fase, utiliza-se a temperatura elevada (acima de 85°C), após ser garantida a remoção de proteínas das roupas.

Alvejamento: este é um procedimento realizado para a retirada das sujeiras que possam tingir as roupas (retirada de manchas), através da utilização de substâncias químicas (cloro orgânico – pó,

cloro inorgânico – líquido ou o peróxido de hidrogênio). O alvejamento promove a desinfecção da roupa e remoção de manchas sensíveis à oxidação. Utiliza-se nível de água baixo.

Acidulação: o objetivo é diminuir o pH, neutralizar os resíduos alcalinos da roupa, diminuindo assim o número de enxágues, eliminando o cloro residual dos alvejantes, onde se evita o amarelamento da roupa durante a secagem e calandragem. Isso favorece o amaciamento das fibras do tecido, reduzindo os danos químicos por alvejantes, favorecendo o poder de desinfecção, economizando água, tempo e energia elétrica.

Amaciamento: reduz o atrito da fibra do tecido na máquina, facilitando a passadoria, isso evita que o tecido fique enrugado na calandra, ele ainda reaviva as cores do tecido, melhora o acabamento e evita o desgaste mecânico precoce da roupa.

Enxágue: na etapa inicial – geralmente usado para roupas com sujeira pesada, principalmente, manchadas com fluidos como sangue e fezes. Já na etapa intermediária, eliminam a sujeira e produtos em suspensão na solução da lavagem.

A temperatura é um fator muito importante durante a lavagem, pois a escolha da temperatura adequada para cada tipo de lavagem ocasiona na proteção das roupas, além de obter resultados finais mais satisfatórios na remoção de sujeiras e desinfecção.

Como funcionam os processos de uma lavanderia:

- coleta;
- acondicionamento;
- separação;
- classificação;
- pesagem;
- lavagem;
- centrifugação;
- secagem e calandragem, dobragem e guarda.

Coleta e acondicionamento:

A coleta é realizada em horários pré-determinados, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Durante esta operação, o funcionário responsável pela tarefa deve usar os EPI´s (Equipamentos de Proteção individual) descritos: luvas de borracha, máscara e touca.

Depois de retirados os objetos estranhos, a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon; para as roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos (de cor diferente da usada para lixo de serviços de saúde), os quais deverão ser fechados e identificados (nome da unidade e data da coleta).

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do *hamper* e levado até a lavanderia da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Separação e classificação: As roupas coletadas nos setores assistenciais e transportadas até as lavanderias são recepcionadas na área suja onde serão, separadas, classificadas e pesadas.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, coloração, tipo de fibra têxtil, tecido, formato, tamanho e ou tipo da peça. 36.

Essa classificação tem a finalidade de agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto e as que terão o mesmo acabamento.

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas para a retirada de objetos estranhos como: instrumentos cirúrgicos, bacias, relógios celulares entre outros, já que, nesta fase, há grande risco de lesão com perfurocortantes, visando evitar que estes elementos acarretem acidentes ou entrem nas lavadoras, causando danos às máquinas e ao processo.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

O funcionário responsável por esta tarefa deve fazer uso de EPI´s como: macacão de mangas compridas, avental impermeável, touca, máscara, luvas de borracha, botas de borracha e óculos de proteção; e sempre tomar banho de chuveiro com troca de roupa antes de sair da área suja.

Pesagem: Após a separação, já em lotes ou sacos identificados quanto ao tipo de lavagem, a roupa é pesada novamente, para averiguação da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para definir a carga correta que cada máquina comporta (uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem), e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem e a contabilidade de custos.

Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa devem ser levados até a(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdício de tempo e energia.

Lavagem: Realizada na área suja, a lavagem é a atividade que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa e o nível bacteriológico é reduzido ao mínimo e aceitável para o uso, deixando-as com aspecto e cheiro agradáveis.

Não existe um único tipo de lavagem para a roupa da unidade de saúde, daí a necessidade de classificação da mesma, para se determinar o ciclo a ser utilizado.

O ciclo a ser empregado é conforme o grau de sujidade, do tipo de tecido da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados.

Centrifugação: A carga de roupa lavada é distribuída uniformemente dentro do tambor, na sua capacidade.

A colocação é feita em pequenos montes de roupa, ajustados, em peso equilibrado, para evitar que o tambor, ao girar, se afaste do eixo, no ponto mais pesado, levando ao desbalanceamento do equipamento pela roupa, por torção ou repuxo.

Em geral, o peso da roupa lavada reduz 60%, depois de centrifugada, devido à eliminação da água.

Terminada a centrifugação, a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem.

Na seleção, consideram-se os seguintes aspectos: tipo de tecido (liso, felpudo, algodão, acrílico, etc); tipo de roupa (lençol, toalha, roupa de vestir, etc); qualidade da limpeza (se requer nova lavação ou não devido à permanência de manchas).

A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho próprio. O mesmo é feito com os lençóis.

Calandragem: É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves, campos, etc.). Após aquecimento, a calandra é operada continuamente, para evitar desperdício de energia.

Geralmente são necessários dois operadores para colocar a roupa molhada, e dois para retirar e dobrar a roupa seca.

Secagem: Roupas como toalha, roupas de vestir, fraldas, cobertores, peças pequenas como máscaras, propés, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, as roupas são retiradas da secadora e encaminhadas para as mesas de dobragem e posteriormente para a rouparia para repouso.

A passagem a ferro é usada apenas eventualmente, ou para melhorar o acabamento de alguma roupa.

Estocagem: A estocagem da roupa limpa é feita em um setor chamado rouparia, onde é feito todo um controle da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição de forma adequada, em quantidade e qualidade, aos diversos setores da Policlínica Regional – Unidade de Goiás.

É nesse local que é feita a estocagem (repouso) da roupa, distribuição, baixa e reaproveitamento.

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 baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras.

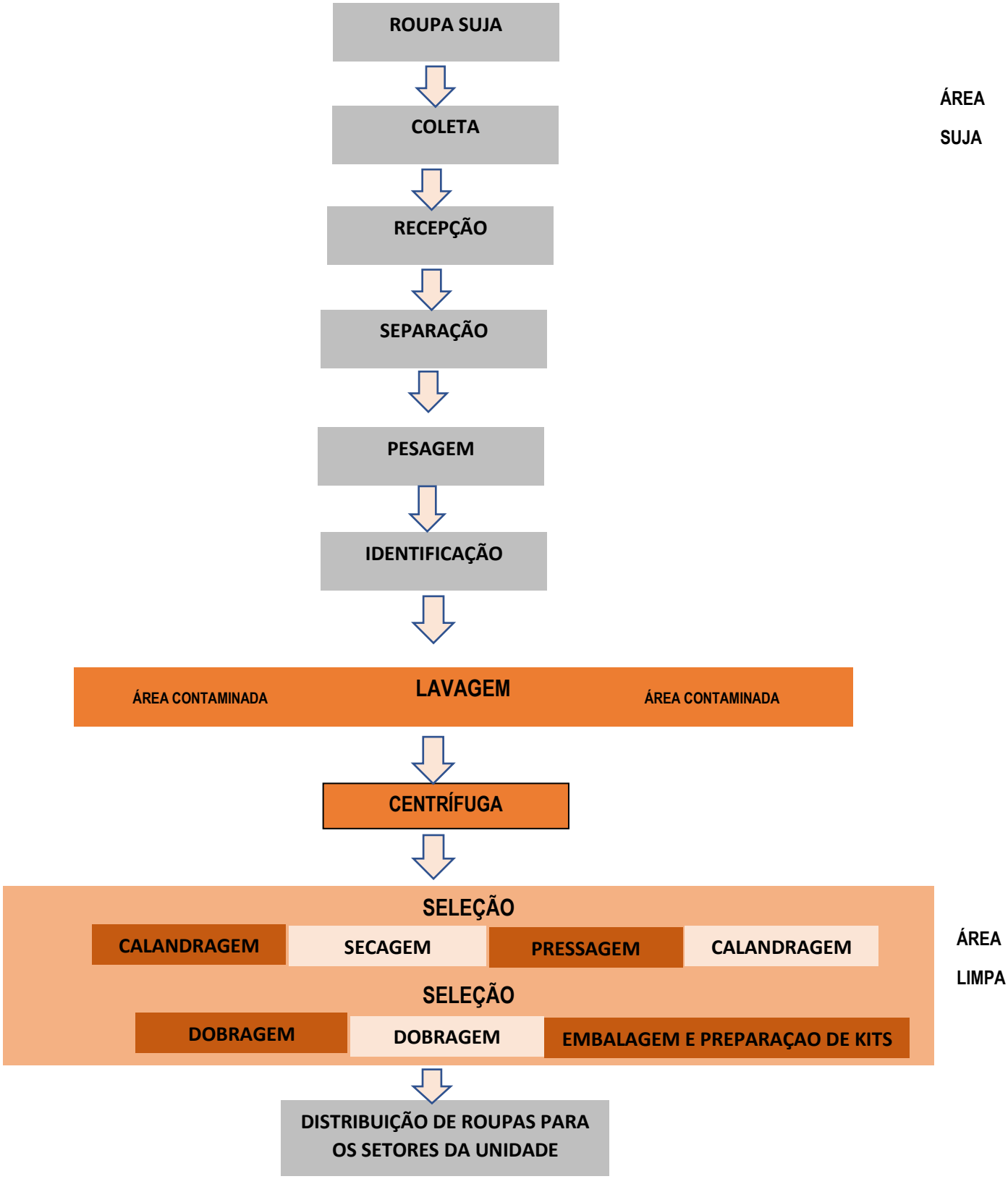
Após o conserto, a roupa volta a ser processada.

Na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, todos os setores são dependentes do bom funcionamento de sua lavanderia, uma vez tratar-se de unidade que auxilia no enfrentamento e controle das infecções na unidade, na segurança e no conforto do paciente e acompanhantes.

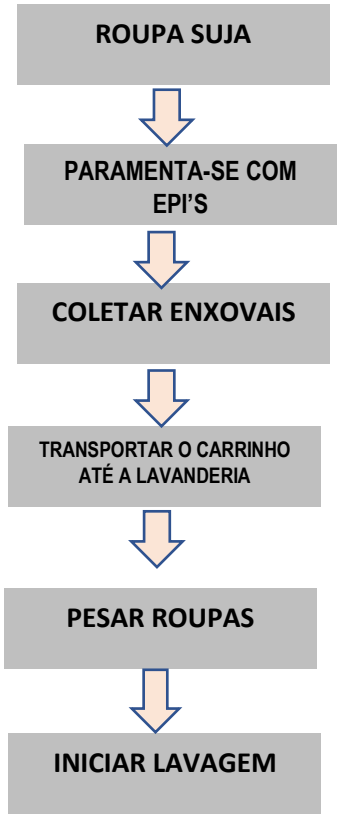
A unidade de processamento de roupas da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, junto à área de serviços de apoio, para lhe garantir o melhor desempenho de sua atividade, contribuindo efetivamente para as demais áreas da unidade, evitando ruídos, calor, risco de contaminação, etc.

O formato da lavanderia da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, possibilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, evitando cruzamento de circulações das atividades.

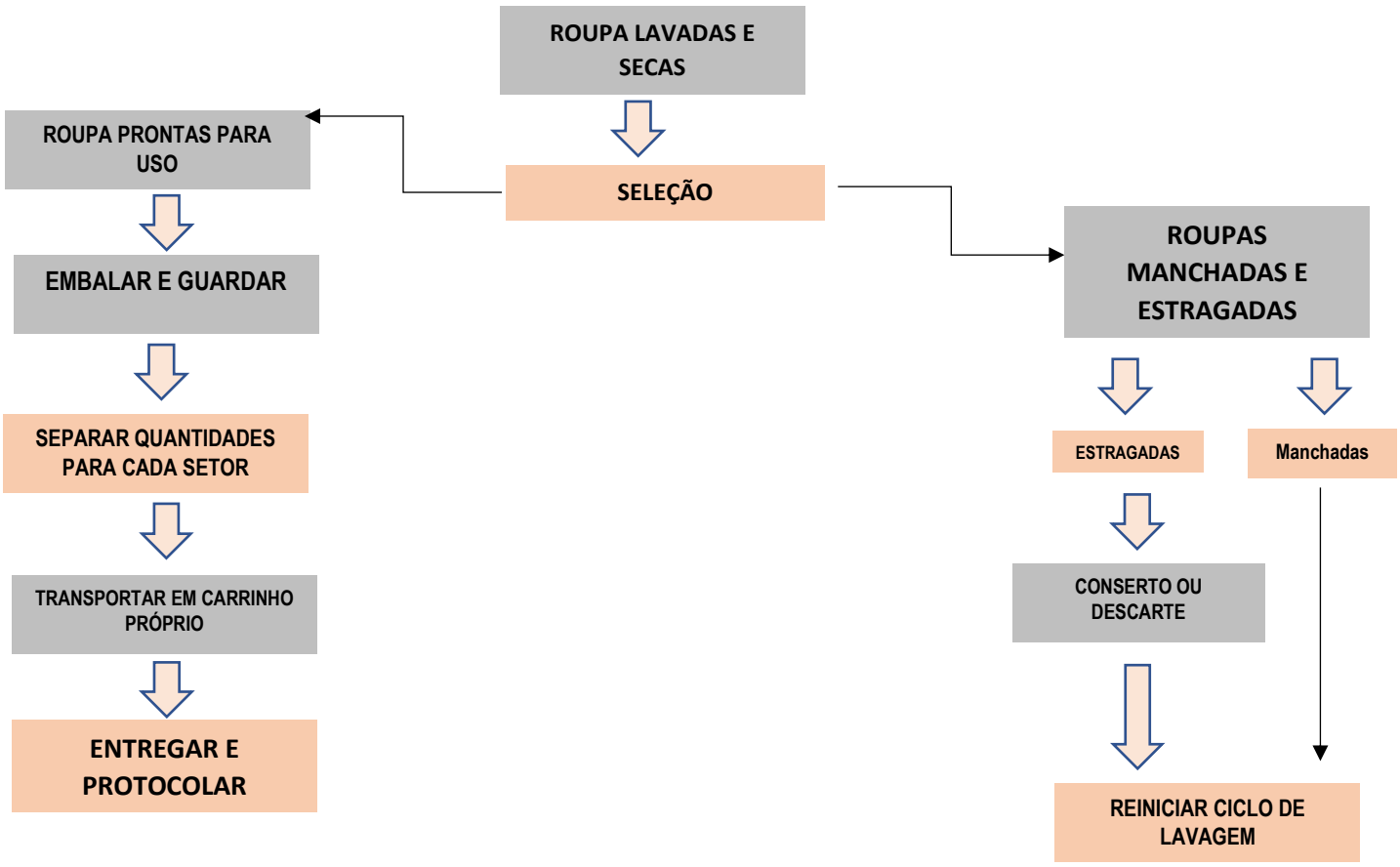
FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE ROUPAS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA COLETA DE ROUPAS SUJAS



FLUXO UNIDIRECIONAL PARA DISTRIBUIÇÃO DAS ROUPAS LIMPAS



ATENÇÃO: Em análise a planta da unidade, bem como na visita in loco é possível perceber que a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás não conta com espaço específico de lavanderia. Todavia, trata-se o presente item de uma exigência editalícia.

Deste modo, em que pese a presente apresentação, essa proponente almeja, mediante autorização da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, em observância sobretudo à atuação para minimização de riscos de contaminação, utilizar itens, na sua integralidade, descartáveis, evitando assim a necessidade de lavanderia e mantendo custos de modo equiparado.

Tais itens ficariam acomodados, na sala de Rouparia, localizada na ala direita da unidade, próxima às salas de endoscopia e colonoscopia.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resíduos de serviços de saúde requerem atenção esxpecial dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destio inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema “fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde” assume lugar de destaque entre as polítias públicas e na legislação brasileira, tendo como foco prinipal a segurança, a manutenção da saúde e vida e a sustentabilidade ambiental.

No Brasil, cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA a função de orientar, definir retgras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos de serviços de saúde.

Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade de onde atua, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos Resíduos de serviços de saúde da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, constará de instruções e rotinas escritas que obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de licenciamento ambiental da Organização.

O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis pelo serviço de higienização, profissionais responsáveis pelas unidades assistenciais, CCISS - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, RDC 306 ANVISA 2004 e CONAMA 358/2005.

Objetivo Geral:

- Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente;

- Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

- Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

- Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;

- Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço;

- Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes;

-Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;

- Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos, além de inseridos nos sistemas de informação da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e quando for o caso, da própria Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

- Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCISS e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Atribuição e Responsabilidade:

- Será da responsabilidade do IBGC no gerenciamento e operacionalização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;

- A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Certificado de Responsabilidade Técnica;

- Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas.

O PGRSS deverá atender aos seguintes tópicos:

1. Nome do estabelecimento

2. Responsável pelo estabelecimento

3. Caracterização do estabelecimento

4. Planta do estabelecimento

5. Comissão Responsável pelo PGRSS

6. Fluxograma

7. Manejo

8. Segregação e identificação

9. Acondicionamento

10. Coleta

11.Armazenamento temporário

12.Tratamento

13.Armazenamento externo

14.Coleta e transporte externos

15. Disposição final

16. Cronograma de implantação

17.Estudo: unidade de saúde x resíduos gerados x quantidade

18.Avaliação e controle: construção de indicadores

19. Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo

20. Rotinas de emergência

21. Cronograma de treinamento dos funcionários

Definições e Conceitos:

- Resíduos: Os resíduos serão recolhidos conforme legislação vigente e o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC - nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde e da Lei Federal nº 12.305 de 2010. O recolhimento dos resíduos de serviços de saúde observará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da legislação regente.

- Manejo: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.

- Segregação: Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

- Identificação: Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos

RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

Segundo a RDC 222/2018 que revogou a RDC 306/04 da ANVISA os Resíduos de Serviços de Saúde são classificados em:

O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE.

O grupo B é identificado por meio de símbolo e frase de risco associado à periculosidade do resíduo químico. Observação – outros símbolos e frases do GHS também podem ser utilizados. devem ser utilizados, de acordo com o risco do resíduo.

O grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta ou púrpura) em rótulo de fundo amarelo, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO, REJEITO RADIOATIVO ou RADIOATIVO.

O grupo D deve ser identificado conforme definido pelo órgão de limpeza urbana.

O grupo E é identificado pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE.

- Manuseio e Acondicionamento: Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.
- - Coleta Interna I: Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade deverá especificar o horário para remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos

de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

- Abrigo Interno: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro da unidade e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.
- Coleta Interna: Consiste na remoção dos containers da sala de utilidade para o abrigo externo é realizado conforme a necessidade do serviço. Ao término da coleta os recipientes são lavados com água e detergente e desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% na área externa próximo ao abrigo externo.
- Abrigo Externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.
- Coleta Externa e Tratamento: Consistem na remoção dos RSS 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.
- Embalagem: Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo 11 da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 - Devem constar em saco individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; trocar o saco plástico (embalagem) por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela Contratante; e proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Classificação dos RSS e condutas:

Os resíduos serão tratados atendendo os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração e fluxos são de responsabilidade da Unidade Assistencial.

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Grupo A1: Resíduos que necessitam de tratamento específico como:

- Culturas e estoques de microrganismos; - Descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados;

- Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;

- 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.

Conduta:

- Acondicionar para tratamento em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos. Tratamento:

- Processo que garanta Nível III de Inativação Microbiana e desestruturação das características físicas;

- Acondicionamento para descarte: sacos brancos leitosos.

Grupo A2: - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A3: - Resíduos que necessitam de tratamento específico;

- 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 ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar.

Conduta: - Acondicionar em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos identificados com o símbolo de risco biológico e a inscrição "Peça Anatômica I Produto de Fecundação" e encaminhar ao necrotério.

- Comunicar o SCIH para preenchimento do formulário de autorização para encaminhamento adequado.

Grupo A4: Resíduos que não necessitam de tratamento:

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;

- 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;

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha 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;

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Conduta:

- Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos.

Grupo B: - Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente como os antimicrobianos, hormônios sintéticos, quimioterápicos e materiais descartáveis por eles contaminados.

- Medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo.

- Objetos perfuro cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso;

- Mercúrio e outros resíduos de metais pesados. Saneantes e domissanitários;

- Líquidos reveladores e fixadores de filmes (centro de imagem);

- Efluentes de equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

- Quaisquer resíduos do grupo D, com risco de estarem contaminados por agente químico.

Conduta: - Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas, com tampa rosqueada ou na própria embalagem de origem, devidamente identificadas com o símbolo de substância química e a identificação substância nelas contidas.

Grupo C: - Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radio nuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;

- São enquadrados neste grupo, todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados com radio nuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.

Conduta: - Estes resíduos quando gerados, devem ser identificados com o símbolo internacional de substância radioativa e separados de acordo com a natureza física do material, do elemento radioativo presente e o tempo de decaimento necessário para atingir o limite de eliminação, de acordo com a NE 605 da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Devido as suas características de periculosidade, é aconselhável que os resíduos sejam manejados por pessoal capacitado.

Conduta: - Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras cinza devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza.

- Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

Grupo E:

São os materiais perfuro cortantes ou escarificantes:

- Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar;

- Lâminas de barbear, agulhas, escalpes brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, tubos capilares, lancetas, ampolas de vidro, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas;

- Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos, de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Conduta:

- Devem ser descartados separadamente em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento;

- Os perfuro cortantes, uma vez colocados em seus recipientes, não devem ser removidos por razão alguma;

- É importante observar o limite máximo permitido para o preenchimento de cada recipiente, para evitar acidentes;

- As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

A gestão de resíduos de serviços de saúde, compreende diferentes ações, referentes à tomada de decisões que envolvem os aspectos administrativo, financeiro, social, ambiental e operacional e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de tais resíduos em todas suas etapas: geração, segregação, acondicionamento, transporte até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias compatíveis com a realidade local do da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Além de um Plano para adequado procedimento quanto aos resíduos de serviços de saúde na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, conforme já descrito acima, é de extrema importância a definição de um FLUXO UNIDIRECIONAL, que é uma das partes integrantes dos demais processos relacionados à coleta e descarte de resíduos produzidos em uma unidade de saúde. Este e demais outros fluxos relacionados à coleta e descarte dos RSS estarão inseridos e serão parte integrante do Plano de Gerenciamento de RSS.

Merece destaque por essa proponente o Manejo de rejeitos líquidos hospitalares, sucintamente abordado acima. Na RDC 222//2018 há a seguinte previsão de destinação de tais rejeitos:

REJEITOS LÍQUIDOS	DESTINO
Sangue e secreções provenientes de cirurgias e aspirações	Rede de esgoto
Sobras de medicamentos	Devolvidos à farmácia
Desinfetantes e detergentes utilizados em desinfecção do ambiente	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem e degermação das mãos com antissépticos	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem de roupas com adição de produtos químicos	Rede de esgoto
Ácido Peracético	Rede de esgoto, produto biodegradável
Revelador e fixador de raios X	Recolhimento por empresa especializada
Óleo provenientes de preparo de alimentos	Recolhimento por empresa especializada
Óleo diesel – resíduos do gerador	Recolhimento por empresa especializada

O esgoto sanitário é tratado pela estação de tratamento local. Os resíduos líquidos gerados diariamente pelas unidades de saúde serão constitutídas basicamente de água e de resíduos transportados (fezes, urina, desinfetante, detergente, gorduras, partículas de alimentos entre outros componentes utilizados nas atividades cotidianas), e apresenta as mesmas características dos efluentes sanitários urbanos.

O revelador e fixador de raios – X não serão produzidos já que o equipamento da unidade se trata de um equipamento que produz imagens digitais.

O óleo utilizado na cozinha deverá ser acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente à ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palestes, na baia de químicos no abrigo de resíduos das unidades.

Um dos desafios da Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é de encontrar uma empresa (na observância de todos os princípios e regras da Administração Pública) que colete esse tipo de resíduo para reciclagem.

No caso do gerador, o óleo diesel descartado que foi utilizado no gerador, deverá ser acondicionado em embalagens plásticas rígidas, que seja resistentes à ruptura,lacradas com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palets, na baía de químicos nos abrigos de resíduos das unidades e sendo entregue a empresa especializada que realizará a destinação final do resíduo.

É necessário o uso do E.P.I (equipamentos de Proteção Individual) durante todo o manejo e manuseio de qualquer produto químico (óculos com proteção lateral, máscara facil e luvas).

RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE CLASSIFICADOS CONFORME SETORES DA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE DE CIDADE DE GOIÁS

LATERAL NA UNIDADE (COM RELAÇÃO A RECEPÇÃO DA ENTRADA)	SETOR	TIPO DE RESÍDUO
ESQUERDA	Ambulatório	A, D e E
DIREITA	SADT	A, B, D e E
ESQUERDA	Laboratório	A, B, D e E
ESQUERDA	Sala de treinamento	D
ESQUERDA	Procedimentos	A, D e E
DIREITA	Administrativo	D
DIREITA	Vestiário	D
DIREITA	Almoxarifado	B e D
DIREITA	Farmácia	B, D e E
ESQUERDA	Nutrição	B e D
DIREITA	Lavanderia	A, B e D
ÁREA EXTERNA	Abrigo de Resíduos	A, B, C, D e E
ÁREA EXTERNA	Subestação/geradores	B e D
ÁREA EXTERNA	Gases Medicinais	B e D

ÁREA EXTERNA	Central de Gás GLP	D

ROTA DE COLETAS DE HORÁRIOS PRÉ – ESTABELECIDOS:

As coletas dos resíduos das salas de acondicionamento interno temporários para o abrigo externo deverão ser de acordo com os horários pré-estabelecidos e conforme a necessidade das unidades, porém deverão sempre respeitar o fluxo de entrega dos seguintes setores Serviço de Nutrição Dietética (SND) e Central de Materiais Esterelizados (CME). Caso ocorra alguma eventual situação de encontro nos corredores, a equipe de retirada dos resíduos e CME deverá sempre priorizar aos demais serviços.

Durante a gestão e operacionalização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, o IBGC buscará certificações que tem como referência o manejo de resíduos de serviços de saúde, tais como: Global Reporting Initiative – GPR; Inventário de emissões atmosféricas nacional (GHG protocol); Sou Resíduo Zero; Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna de resíduos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, é descrito abaixo:

AMBULATÓRIO:

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no Ambulatório.

É necessário primeiramente que a coleta se inicie na lixeiras do ambulatório e transporta-los até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, de três a quatro vezes por período, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, distribuição de medicamentos/materias, os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO AMBULATÓRIO

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO E LABORATÓRIO

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta no SADT e Laboratório.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na lixeiras e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda do setor, tendo destaque a necessidade de que estes horários pré-fixados não coincidam jamais com os horários pré-estabelecidos para distribuição de roupas, alimentos, distribuição de medicamentos/materias,os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO LABORATÓRIO E SADT

SETOR DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Esse setor sem dúvidas é um dos maiores geradores de resíduos sólidos da unidade, para tal, os resíduos comuns (GRUPO D) gerados no setor de Alimentação e Nutrição seguirão o mesmo fluxo descrito da coleta interna até a sala de utilidades, no entanto, ao invés de seguir para o abrigo de resíduos, os resíduos comuns (GRUPO D) serão dispensados em um compactador de resíduos orgânicos, que será disposto na parte externa da unidade, passando por um processo de compactação, reduzindo seu volume até a coleta externa e destinação final.

FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

LAVANDERIA/ROUPARIA

Segundo Nilson (1998) deve sempre haver preocupação com a questão ambiental na execução, planejamento, no controle e alocação de recursos visando alcançar metas ambientais. Por exemplo: os gerenciamentos de resíduos e gestão de qualidade exigem decisões em diferentes níveis no setor administrativo, “realizadas com o objetivo de obter efeitos positivos sobre os problemas causados pelas ações humanas, quer evitando que eles surjam” (BARBIERI, 2004, p.20).

A fiscalização e a inspeção interna remetem a estratégias de gerenciamento que ajudam na prevenção e no controle dos tratamentos prévios dos resíduos de serviços de saúde. A implantação de medidas de responsabilidades ambientais, sobretudo na lavanderia é acionada por razões internas e externas de instituições, entre elas estão: os custos, inovação tecnológica,

otimização no processo, mudança de cultura voltada à preocupação ecológica e a prevenção de acidentes ecológicos.

Lavanderias de serviços de saúde tem sido alvo de políticas fiscalizadoras mais frequentes dos órgãos governamentais. Assim, a propositura e implantação de uma gestão ambiental, em curto prazo, é uma ação estratégica dentro da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, para cumprir as legislações pertinentes.

Os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza realizarão a coleta na lavanderia.

É necessário primeiramente que a coleta dos resíduos se inicie na área de trabalho da lavanderia e depois transporte-os até a sala de utilidades.

Nos horários pré-fixados, os colaboradores instrumentalizados com carrinhos de coleta higienizados e vazios, deverão se dirigir até a sala de utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e novamente o substituirão com um higienizado e vazio.

Conduzindo o carrinho de coleta, o colaborador irá se dirigir até o abrigo de resíduos da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

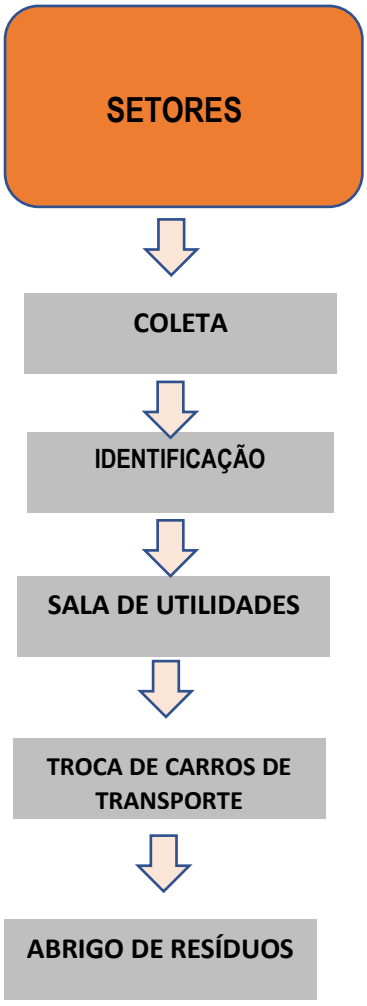
FLUXOGRAMA UNIDIRECIONAL DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DO SETOR DE LAVANDERIA

FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS INTERNAMENTE NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

- Internamente, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, os resíduos serão coletados na sala de utilidades de cada setor, pelos colaboradores responsáveis pela higienização e serão encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carrinho para transporte interno, carrinho esse exclusivo para transporte de resíduos de serviços de saúde, e que deverá conter identificação com o símbolo específico equivalente ao risco do material nele colocado.

- Deixa-se o setor gerador, nos horários e frequências, previamente estabelecidas, e evita-se o cruzamento com horários de outras atividades tais como: distribuição de refeições e de roupas limpas e recolhimento de roupas sujas.

- os carros de transporte seguem até o depósito externo.



FLUXO GERAL DE COLETA DE RESÍDUOS EXTERNAMENTE NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

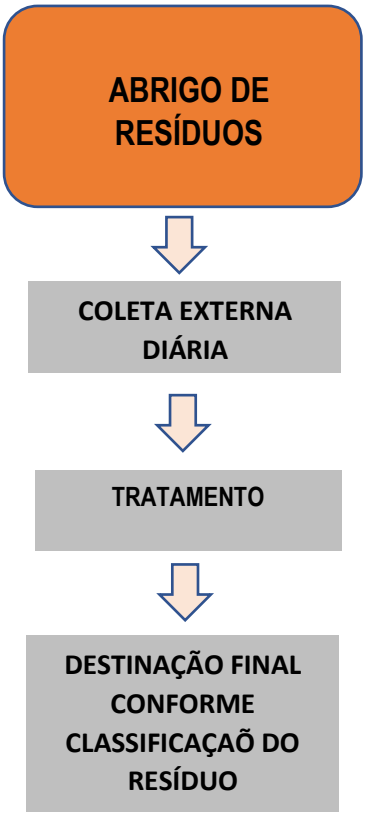
Coleta externa de resíduos de serviços de saúde é aquela realizada de maneira à retirar do abrigo externo de resíduos na Policlínica Regional – Cidade de Goiás removê-los até a sua destinação final.

Imprescindível que seja utilizado de técnicas que busquem preservar os colaboradores, a população e o meio ambiente em seus aspectos físicos, observando-se sempre as normas, regulamentações e orientações gerais dos órgãos de limpeza.

No que se refere aos resíduos dos grupos A, B, D e E da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, uma empresa terceirizada (contratada em observância aos aspectos legais e principilógicos da Administração Pública), deverá realizar diariamente a sua coleta.

A Resolução nº 237/1997 do CONAMA regulamenta o licenciamento ambiental, a fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente dos sistemas de tratamento externo dos resíduos de serviços de saúde.

A incineração térmica é um processo de tratamento térmico a uma temperatura que varia de 800 a 1200ºC, reduzindo o peso e volume através da combustão controlada. As cinzas geradas nesse processo são encaminhadas para Aterros Licenciado Classe I e poderá ocorrer quando for o caso.



Horários de Execução dos Serviços:

Para a execução dos serviços de limpeza, serão observadas a localização, classificação, frequência e horários de limpeza;

- Nas áreas assistenciais, o horário de execução dos serviços será estabelecido de forma a atender as necessidades e especificidades da unidade;

- Oportunamente, antes do início das atividades na Unidade, as escalas de serviço serão apresentadas e discutidas com o pessoal da assistência e em especial a CCIH.

2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.1 Implantação de Logística de Suprimentos

A literatura sobre o tema, evidencia que a prestação de serviços de saúde possui diferenças fundamentais com relação a outros tipos de atividades, principalmente no que tange à sua complexidade.

Por se tratar de serviços em que o fim principal é a preservação da vida humana, deseja-se uma garantia de qualidade que expresse eficiência nos mais variados tipos de demandas, considerando-se sempre os recursos disponíveis e a valiosa função social que a unidade de saúde representa.

A estrutura organizacional complexa, a natureza dos serviços prestados e a crescente necessidade contenção de custos, contribuem para a dificuldade no gerenciamento dos hospitais (HAMES, 1996 apud DE BORBA & RODRIGUES,1998).

Os serviços de saúde podem ser definidos como um conjunto de processos voltados para o restabelecimento e manutenção da saúde de pessoas enfermas. Analogamente a outras processos produtivos, as atividades de apoio representam parte considerável do custo global de uma unidade de saúde.

Devido a isto, a racionalização de recursos e otimização da eficiência da logística de suprimentos de uma unidade de saúde é altamente relevante, principalmente no contexto brasileiro, onde o Sistema Único de Saúde se mostra cada dia tendo que desempenhar mais prestações de serviços, para um número maior de pessoas e com recursos finitos, escassos e que devem sempre ser utilizados de forma a observar os princípios e legislações da Administração Pública, sobretudo economicidade, eficiência, razoabilidade, legalidade e proporcionalidade,

Graças ao dever de observância a estes princípios, aliados a um monitoramento e fiscalização cada vez mais eficientes, tem-se gerado uma demanda crescente por serviços de qualidade, aliados a custos mais baixos.

Este fato tem forçado o setor de saúde a procurar por novas técnicas e metodologias, que possam minimizar as complexidades inerentes à gestão hospitalar (JACOBI, 1996).

DE VRIES et al.(1999), enfatiza que o uso das técnicas tradicionais de planejamento, programação e controle de produção, com vistas à eficiência logística de uma unidade de saúde, não se adaptam completamente ao contexto de serviços de saúde, caso não

sejam levadas em consideração algumas perspectivas e características fundamentais, particulares aos hospitais, que os diferenciam das manufaturas em geral.

A abordagem do controle de produção nas manufaturas é focada em bons controles de fluxos. Nas unidades de saúde o foco principal de suas atividades é o fluxo de pacientes, nem sempre bem definido e previsível, enquanto que a preocupação com o fluxo de materiais é secundária.

Nos sistemas de unidades de saúde não há uma estrutura de comando simplificada, mas sim uma estrutura delicada de balanço de poder entre diferentes grupos (diretores, gerentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos, etc).

Por conta disso, não há um consenso geral dos alvos a serem alcançados para melhorar a performance da produção. Basicamente quem puxa a produção na unidade de saúde (os profissionais de saúde através das requisições de serviços), também é responsável pela sua entrega.

Os cuidados nas unidades de saúde não são commodities que podem ser armazenadas. Tais unidades são organizações orientadas a recursos.

Logística de Suprimentos

A logística se preocupa com: o suporte à produção, através da disponibilização de matérias-primas no lugar e momento necessários; à distribuição dos produtos acabados aos pontos de venda, que geralmente estão mais próximos aos clientes; e à integração de todas estas atividades, com vistas à redução de custos e melhoria da eficiência, através de uma aproximação com os fornecedores e clientes.

Em particular a atividade de suporte à produção, também conhecida por administração de materiais, que consiste da aquisição, estocagem, armazenagem e distribuição interna de materiais, é o alvo da logística de suprimentos.

Compras

Também conhecido como aquisição, é o processo da logística de suprimentos que é responsável pela compra dos suprimentos necessários à produção, ou à prestação de serviço.

O processo de compras leva em consideração aspectos diversos como relacionamento com fornecedores, negociação de preços, prazos de entregas e planejamento de compras programadas com vistas à redução de custos (DIAS, 1995, p237-238).

A eficiência financeira do processo de compras possui uma dependência direta com as atividades do estoque. Isto porque as compras programadas e a determinação de lotes são influenciadas pelas informações de demanda e estoques de segurança, que são originadas no setor de estoque (BALLOU, 1993, p251).

Estoque

O estoque tem duas principais características: funciona como um amortecedor que garante as oscilações entre produção e demanda, no que tange à sua função de armazenagem de produtos acabados – para os casos das manufaturas e pontos de vendas –, e garantir o suprimento dos materiais necessários à produção ou prestação de serviços (DIAS, 1995, p19).

Para o suprimento dos materiais necessários à produção, ou à prestação de serviços, o estoque deve planejar e controlar a quantidade necessária de materiais armazenados a fim de garantir suas disponibilidades nos momentos em que a produção, ou serviço, necessitar (BALLOU, 1993, p.237).

Para auxiliar o planejamento e controle de estoque, várias técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos (BALLOU, 1993).

Estas técnicas originaram-se inicialmente na engenharia da produção e se estenderam a outros tipos de atividades, inclusive na área de serviços. Trata-se basicamente de técnicas matemáticas e estatísticas, auxiliadas por métodos de pesquisa operacional, e que garantem a disponibilidade dos materiais levando em consideração o custo de armazenagem, os tempos de ressuprimento e o impacto causado pela falta de materiais no momento em que são necessários (BALLOU, 1993).

O just-in-case preocupa-se principalmente em determinar um estoque mínimo de segurança, que é responsável em garantir a disponibilidade de materiais no tempo necessário para que o processo de compra e entrega dos fornecedores ocorra.

O just-in-time é fundamentado na premissa em que material em estoque é sinônimo de recurso financeiro ocioso. A sua preocupação principal é prover o ressuprimento automático dos materiais exatamente no momento em que eles forem necessários. Isto requer, por conseguinte, uma aproximação maior com os fornecedores e um processo de compra mais agilizado.

Para o caso da gestão de unidade de saúde, o estoque deve garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais no momento e lugar necessários

. Particularmente neste aspecto o controle efetivo e eficiente de estoque possui importâncias fundamentais que, de certo modo, nas manufaturas ou lojas de varejo têm importâncias diferenciadas.

Em determinados casos a falta de medicamentos e/ou materiais pode significar o insucesso de uma intervenção médica, com consequências diretas à saúde e/ou sobrevivência dos pacientes, comprometendo assim diretamente a atividade fim de uma unidade de saúde.

Segundo DANIEL (1997) é possível, em determinados casos, mesclar as duas filosofias de gestão, o just-in-case e o just-in-time, de forma a racionalizar os controles da gestão de estoques em uma unidade de saúde.

Distribuição Interna

O processo de distribuição interna se refere à movimentação de materiais entre os estoques e os pontos de produção, ou prestação de serviço. Existem várias técnicas para determinar as melhores formas de distribuição, considerando roteamento da movimentação e racionalização de recursos (BALLOU, 1993).

Em hospitais a logística de distribuição deve garantir a entrega dos materiais no momento e local necessários. Porém geralmente o fluxo da distribuição não é bem definido e nem sempre é possível prever com segurança todos os materiais necessários a algum procedimento médico. Esta falta de determinação da distribuição acarreta em algumas dificuldades de planejamento e controle que não são tão sensíveis em manufaturas normais (DANIEL, 1997).

Custos logísticos

O gerenciamento logístico é voltado ao fluxo de produtos, materiais e serviços, com o objetivo de integrar e racionalizar recursos ao longo do trajeto que se estende desde os fornecedores até os clientes finais.

Por conta disso, a avaliação dos custos e do desempenho deste fluxo é altamente desejável. Logo, uma abordagem integrada da logística e um eficiente gerenciamento da distribuição têm como um dos principais elementos a serem considerados os custos logísticos (CHRISTOPHER, 1997).

Os métodos tradicionais de cálculos de custos não se aplicam adequadamente às complexas atividades dos fluxos logísticos (NOVAES, 2001; CHRISTOPHER, 1997).

Por conta disso, algumas metodologias de cálculos de custos foram desenvolvidas e aprimoradas para dar suporte a cálculos de custos logísticos, entre elas o método de custeio ABC (activity based costing).

Segundo CHRISTOPHER (1997): "A chave do custeio baseado na atividade é a procura dos 'geradores de custos' através do fluxo logístico, porque eles consomem recursos". Um dos objetivos do método ABC é destacar de forma mais aprofundada as composições dos custos da empresa e da cadeia de suprimento (NOVAES, 2001).

Diferentemente da visão tradicional da contabilidade de custos, que adota a abordagem conta/centro de custos, a visão do método ABC é voltada a processos/atividades.

Assim o método ABC busca principalmente as relações entre os recursos utilizados nas diversas atividades da empresa. Para isto o método identifica três elementos básicos envolvidos na composição do custo: a atividade, o evento e a transação. Segundo NOVAES (2001): "Toda atividade é originada de um evento que, por sua vez, gera uma transação, levanto finalmente à realização da primeira."

Sistemas de Informações Logísticas

Define-se Sistemas de Informações Logísticas como sendo sub-sistemas dos sistemas de informações gerenciais, ou dos sistemas integrados de gestão, que providenciam todas as informações necessárias para a atividade logística de uma organização (BALLOU, 1993, P279; FLEURY et al., 2000, p287-288).

A logística por si mesma possui vários elementos informacionais em sua estrutura, configurando desta forma um fluxo de informações extenso (FLEURY et al., 2000, p.286). Neste fluxo a análise do histórico das transações e elementos da logística, aliados a técnicas estruturadas, permite a determinação de características importantes de controles, como a definição de estoques, por exemplo.

É fato atualmente que uma cadeia produtiva integrada é uma das chaves para a diferenciação competitiva, neste âmbito os sistemas de informações logísticas provêm alguns dos suportes necessários para o controle tático e operacional da cadeia.

Basicamente um sistema de informações logísticas, aliado ao sistema de informações gerenciais, é fundamental para a definição e operacionalização dos modernos conceitos de SCM – Supply Chain Management (FLEURY et al., 2000, p295).

Sistema de Gestão de Saúde na Policlínica Regional – Cidade de Goiás:

A operacionalização da logística de suprimentos na Policlínica Regional – Cidade de Goiás será realizada em sua totalidade de maneira informatizada através de um Sistema de Gestão, onde será possível, em tempo real, acompanhar e controlar, o consumo por unidade e quais os pontos de ressuprimento de estoque necessários.

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes na Policlínica Regional – Cidade de Goiás de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras;
- Redução de perdas;
- Otimização dos recursos humanos;
- Redução de saldo imobilizado em inventário;
- Maior segurança do paciente;
- Maior agilidade no abastecimento e consequentemente redução de sub estoques.

Todos os itens acima, são necessários para garantir uma cadeia de abastecimento eficiente da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLE:

a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

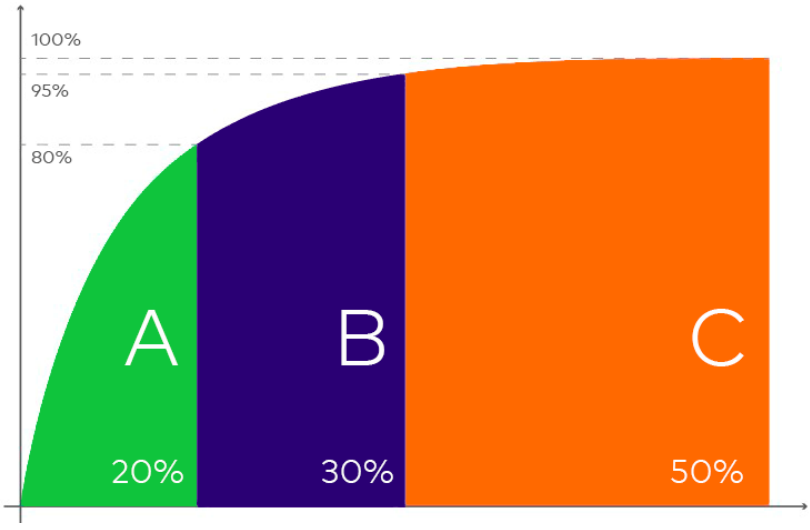
Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

– Classe A: 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;

– Classe B: 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;

– Classe C: 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a CLASSE A é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A CLASSE B é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A CLASSE C é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;
Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;
R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

> *A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)*

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização.

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros a serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este método de avaliação de estoque é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

CMP = Valor total do estoque / Número de itens comprados e armazenados.

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de aprovisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para lead time em logística, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o lead time em logística, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O lead time em logística ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- Lead time de compra: tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- Lead time de produção: tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- Lead time de preparação e entrega: tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

h) Inventário de estoque

É uma listagem completa de todos os produtos armazenados no estoque de uma unidade. Esse inventário identifica, classifica e determina o valor de cada produto.

O inventário de estoque serve para certificar que o seu controle de estoque está de fato correto. Ou seja, se aquela entidade realmente possui o estoque que acredita possuir.

Dessa forma, caso a unidade tenha comprado produtos e materiais em excesso ou caso tenham ocorrido extravios e perdas do estoque, o inventário verifica as informações e permite que sua equipe haja de forma eficaz para solucionar o problema.

i) Combinando critérios para uma análise mais sofisticada

A curva ABC é bastante utilizada, especialmente em combinação com a curva XYZ. Isso porque limitar-se a apenas um desses critérios gera previsões limitadas que, ao invés de auxiliar na gestão, acabam por dificultar na obtenção de resultados assertivos.

A combinação entre duas ou mais curvas de análise facilita a gestão de estoque e torna seu controle muito mais preciso, pois forma uma quantidade maior de segmentação de materiais.

Dessa forma, o plano de aquisição passa a considerar as diversas circunstâncias às quais um negócio está sujeito, especialmente as instituições do setor da saúde, que lidam diretamente com o bem-estar de seus clientes.

A falta de diversidade nos critérios trata com simplicidade rotinas complexas e de demandas variadas como se fossem de fácil compreensão e controle, o que não é verdade.

Entretanto, é preciso tomar cuidado para que não se faça uso de uma quantidade excessiva de classificações. Categorias em excesso dificultam a realização de uma análise eficiente, ou seja, o controle pretendido inicialmente é prejudicado e se torna ineficaz.

Por isso, é preferível que, ao escolher entre as curvas XYZ, ABC, PQR e 123, se reflita sobre quais dessas classificações apresentam maior relevância dentro de uma organização.

Além disso, é importante considerar também a automação desse processo, uma vez que, ainda que as tornem mais sofisticadas, a combinação de curvas faz dos cálculos e sua decorrente análise mais trabalhosas e facilmente desatualizadas.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão da unidade de saúde obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários ao funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real da Policlínica Regional – Cidade de Goiás no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras	Diretoria Administrativa ou Gerente de compras
Padronizados	Até R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização na Policlínica Regional – Cidade de Goiás um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avalição de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos a serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pela Policlínica Regional – Cidade de Goiás;

- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);

- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais de OPME (órteses, próteses, materiais especiais), materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
- Cópia da inscrição estadual;
- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);

- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admita a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido na Policlínica Regional – Cidade de Goiás sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa na Policlínica Regional – Cidade de Goiás, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores da Policlínica Regional – Cidade de Goiás é fundamental. Cabe a ele informar

qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas à serem observadas pelo fornecedor:

a) fornecer os insumos conforme os padrões exidos pelas NT's;

b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;

c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;

d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;

e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;

f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde na Policlínica Regional – Cidade de Goiás:

a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;
c) proceder com o detalhamento devido aos itens à serem adquiridos;
d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);
e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;
f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão da Policlínica Regional – Cidade de Goiás junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de

compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTE E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado;

se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão em Cidade de Goiás e região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado da Policlínica Regional – Cidade de Goiás é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pós), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e consequentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e

semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Policlínica Regional – Cidade de Goiás	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data: Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	Entregue:	Não aplicável ao item:
Ficha cadastral da empresa	( )	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	( )	Obrigatória
Cartão do CNPJ	( )	Obrigatória
Nutrição Enteral, Materiais de OPME, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	( )	( )
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	( )	( )
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	( )	( )
Certificado de Boas Práticas de Fabricaço ou de Manutenção	( )	( )
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	( )	( )
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	( )	( )
Alvará sanitário municipal	( )	( )
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	( )	( )
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	( )	( )
Cópia da Inscrição Estadual	( )	( )
Certificado de Regularidade com FGTS	( )	( )
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS.	( )	( )
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS-CND	( )	( )
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	( )	( )
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	( )	( )

( ) Aprovado ( ) Reprovado

Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

_____

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

Policlínica Regional – Cidade de Goiás	CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS	Data: Código:
Item de Análise	Em conformidade:	Não aplicável ao item:
A entrega foi realizada no prazo determinado?	( )	( )
O entregador estava vestido de maneira adequada?	( )	( )
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	( )	( )
A NF está com os dados corretos?	( )	( )
Existem não conformidades nas embalagens?	( )	( )
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	( )	( )
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	( )	( )
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	( )	( )

DATA: ____/____/____

_____

Responsável pelo Setor

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

Este Regimento Interno situa-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência em saúde e área administrativa.

O Regimento Interno da Policlínica Regional – Cidade de Goiás tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional. O Regimento consta de capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações e Equipes de Trabalho que compõem a unidade.

Almeja-se que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento da unidade, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à superação de dificuldades na Administração.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento, visando o reordenamento da gestão da atenção em saúde.

TÍTULO I

DA UNIDADE POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1º A POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS é uma unidade da Secretária de Estado da Saúde – SES/GO, com personalidade jurídica de direito público, regendo-se pelas normas gerais da SES/GO e do Sistema Único de Saúde –SUS.

§ 1 Para os fins desse Regimento Geral a POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS será administrado pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA, pessoa jurídica de direito privado, com sede em Goiânia – GO.

§ 2 Na gestão da POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS o INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA observará, além das normas gerais do SUS e as diretrizes da SES/GO, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável e vigentes.

§ 3 A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS adotará para sua identificação a sigla POLICLINICA – CIDADE DE GOIÁS

Art. 2º O INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA tem sede na Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110.

Art. 3º A POLICLINICA – CIDADE DE GOIÁS tem foro no município de Cidade de Goiás – Goiás.

TÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO CAPÍTULO I

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL

Art. 4º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS é uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos; promove serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospital/dia, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas como: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Médico e outros profissionais de Nível Superior: Biomédico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional.

Atua no desenvolvimento das atividades da Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento ao Usuário; na produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos técnicos e científicos; na pesquisa e produção de produtos que visem à melhoria da qualidade de vida do beneficiário do atendimento; no exercício de atividades, seja no campo médico, multiprofissional e social; na promoção e manutenção da saúde da comunidade dentro da filosofia de consulta diagnostica em contando com participação de outros órgãos municipais e regionais de assistência à saúde; na elaboração e o desenvolvimento de programas específicos de assistência à comunidade com a participação de instituições e/ou entidades interessadas.

Art. 5º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS faz parte do complexo de unidades ambulatoriais de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades da rede estadual visando assistência à saúde de referência e contra referência, com gestão por meio de Organização Social

Art. 6º No desempenho de suas atribuições institucionais a POLICLINICA REGIONAL -CIDADE DE GIOÁS sob a gestão do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA, atenderá as determinações da SES/GO estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparências e outras a serem definidas pela SES/GO.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 7º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS, tem por objetivos gerais:

- Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, em especial as ocorrências de consulta diagnostica médica: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Médico e outros profissionais de Nível Superior: Biomédico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional;
- Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde;

SEÇÃO I

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 8º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS é uma unidade de média complexidade e que atua nos eventos de consulta diagnóstica médicas.

Art. 9º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS é uma unidade de média complexidade que atuará nos níveis assistenciais primários e secundários, de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização assistencial.

Art. 10º A Assistência à Saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional que prestará serviços de apoio ao diagnóstico terapêutico de pacientes ambulatoriais, obedecendo a um critério de gravidade nosológica, de forma a proporcionar um tratamento progressivo aos usuários, ou até a necessidade de referenciá-lo.

Art. 11º POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS, está integrada com os órgãos de saúde, procurara desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas

SEÇÃO II

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 12º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS constitui-se em campo de ensino prático, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde, conforme diretrizes da SES/GO.

Art. 13º POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS desenvolverá programas de educação em serviço, para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Diretoria Geral, aprimorando a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

SEÇÃO III

DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS

Art. 14º POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo aos métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pelo setor responsável da área envolvida na pesquisa e pela Diretoria Geral, segundo as diretrizes da SES/GO.

CAPÍTULO III

DA MANUTENÇÃO

Art. 15º A POLICLINICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS será mantida com recursos oriundos de: dotações orçamentárias atribuídas pelo Estado; doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos outros recursos que porventura lhe sejam destinados.

TÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.16º A administração do POLICLINICA REGIONAL -CIDADE DE GOIÁS C, é composta de: Assembleia Geral dos Associados do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA, seu Conselho de Administração, de sua Diretoria, bem como diretores da unidade, coordenadores, assessores da POLICLINICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 17º A Diretoria Geral da POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS é o órgão operacional que exerce os poderes legais inerentes à administração e responde pela gestão de todos os serviços realizados na unidade ambulatorial, com a seguinte composição:

- Diretoria Geral;
- Diretoria técnica;
- Diretoria administrativa.

SEÇÃO I

DA DIRETORIA GERAL DA UNIDADE

Art. 18º A Diretoria Geral da Unidade é uma estrutura subordinada a Diretoria Executiva da Organização Social responsável pela administração geral do POLICLINICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS.

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

§ 2º O titular da Diretoria Geral é de livre escolha e nomeação pela Diretoria Executiva do IBGC, devendo a sua designação recair em profissional de nível superior, pós graduação e experiencia em gestão de unidade hospitalar ou hospital/dia e ou clínica,

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

- Secretaria;
- Jurídico e Compliance;
- Assessorial de Comunicação;

§ 4º A Diretoria Geral da Unidade contará com a seguinte estrutura de administrativa:

- Diretoria técnica;
- Diretoria administrativa;
- Coordenação médica;
- Coordenação de enfermagem;
- Coordenação de farmácia;
- Coordenação de equipe multiprofissional;
- Coordenação administrativa;
- Coordenação de operações;
- Coordenação de qualidade;
- Coordenação financeira.

SUBSEÇÃO I

SERVIÇOS DE APOIO

Art. 19º À Secretaria é o serviço de apoio subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela preparação, registro, recebimento, distribuição e expedição de correspondências, malotes e outros, bem como pelo arquivamento geral dos documentos POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS além de auxiliar o Diretor Geral naquilo que lhe competir.

Art. 20 - À Secretaria compete: promover o recebimento, distribuição, expedição e o arquivamento dos expedientes assinados ou despachados pela Diretoria, bem como as resoluções de reuniões e os despachos, quando for o caso; registrar em livros próprios as resoluções e outros atos da Diretoria; divulgar, aos interessados, os atos da administração do POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS; organizar, administrar e manter os arquivos. , entre outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Secretaria é um profissional, preferencialmente de nível superior, com experiência em secretaria na área.

Art. 21º A Assessorial Jurídica e Compliance é o serviço de apoio subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores e pelo planejamento dos serviços POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS sempre em conformidade com as cláusulas do contrato de gestão.

Art. 22º Ao Serviço de Apoio Jurídico compete: acompanhar processos nas esferas administrativas ou judiciárias, promovendo a defesa dos interesses da Instituição; elaborar pareceres, orientar e produzir documentos, segundo as necessidades e solicitações da Administração POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS, nas questões de natureza jurídica ou correlata; controlar e garantir a transparência, legalidade e regularidade dos processos administrativos. manter banco de dados com as alterações e atualizações da legislação vigente, pertinente a Instituição; auxiliar a Gerência de Recursos Humanos na elaboração de cursos de capacitação e na produção de material sobre temas específicos do Direito; coordenar as atividades inerentes à política de controle dos contratos de prestação de serviços POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS; disponibilizar, regularmente, relatórios das atividades a Diretoria Geral e a Diretoria Executiva da OS; atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas, entre outras atividades correlatas.

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

Art. 23º O Serviço de Comunicação é o serviço de apoio subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pelo acompanhamento das informações e publicações relativas atos e fatos ocorridos na unidade que possam ser divulgados nos veículos de comunicação, internos e externos, disponibilizados na unidade; do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores e pelo planejamento dos serviços POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS sempre em conformidade com as cláusulas do contrato de gestão.

SEÇÃO II

DA DIRETORIA TÉCNICA

Art. 24º A Diretoria Técnica é o órgão que aplica a política técnica-ética-administrativa, traçada para a condução operacional da Unidade ambulatorial.

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

Art. 25º À Diretoria Técnica compete: coordenar e superintender todas as atividades da POLICLINICA REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS relativas ao planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação; responder pela gestão de todos os serviços realizados na unidade; organizar internamente o funcionamento das atividades sob sua responsabilidade, conforme a natureza e complexidade das atividades; e outras atividades correlatas.

Parágrafo Único - O titular da Diretoria Técnica é de livre escolha e nomeação da Diretoria Executiva da OS, devendo a sua designação recair sobre profissional médico, com pós graduação e experiência.

Art. 26º A Diretoria Técnica, é composta de: Coordenação médica, coordenação de Enfermagem, coordenação de farmácia, coordenação de equipe multiprofissional E/ou outros cargos de coordenação e supervisão para as áreas correspondentes.

SUB-SEÇÃO I

DIRETORIA ASSISTENCIAL

Art. 27º É a estrutura subordinada à Diretoria Geral encarregada de planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades de enfermagem na assistência ao paciente nas áreas preventiva e curativa, realizar e auxiliar pesquisas, colaborar com programas de ensino.

Art. 28º À Diretoria Assistencial compete: executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de Enfermagem da unidade POLICLINICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS; atender aos pacientes POLICLINICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIAS através do planejamento terapêutico e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional; definir as atribuições de seu pessoal; manter elevado padrão de Enfermagem, através do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal; colaborar com as

Comissões de Controle de Infecção Ambulatorial, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Qualidade, Comissão de Padronização, e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações; colaborar com a formação de profissionais promovendo campo de estágio para os alunos; realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde; participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional da Unidade; controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade; controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal; outras atividades correlatas.

§ 1º A Diretoria Assistencial é exercida por profissional Enfermeiro de preferência com título de especialista e experiência.

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

Art. 29º A Diretoria Assistencial é composta por: unidade ambulatorial, Núcleo do Controle do Paciente e Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

SUB-SEÇÃO II

DO SERVIÇO DO AMBULATÓRIO INTEGRADO – IMAGIOLOGIA

Art. 30º – Ao Serviço do Ambulatório Integrado compete: planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área; prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional; formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente; atender os pacientes para marcação de consultas; orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos; 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; notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso na Policlínica nas áreas de Farmacovigilância, Tecno vigilância e Hemovigilância; solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial com relação aos pacientes com algum tipo de infecção; estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências; desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem; estimular a prática profissional

interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas; manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; fazer registro diário dos serviços prestados; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Ambulatório Integrado serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO III

DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO Á ASSISTENCIA Á SAUDE /SCIRAS

Art. 31º – Ao Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde compete: planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área; estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção; sugerir medidas para controle e diminuição de infecção; auxiliar a coordenação Médica e Diretoria Técnica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção; verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na Policlínica;. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria; realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata; desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em infecção; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; reunir periodicamente a equipe de técnica, para análise e solução dos problemas; manter contato com a coordenação de Enfermagem, coordenação medica e DIRETORIA técnica, objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades,

condições de coletar dados para fins estatísticos; fazer registro diário dos serviços prestados; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

SUBSEÇÃO IV

DO NUCLEO DE CONTROLE DO PACIENTE

Art. 32º – Ao Núcleo de Controle do Paciente compete: planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área; estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de entrada e saída de pacientes; sugerir medidas para controle e diminuição de riscos aos pacientes ; acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestados pela Policlínica à população; propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços da Policlínica;. solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico-administrativo, econômico financeiro e operacional relativas a Policlínica e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária; examinar propostas, denúncias e queixas, encaminhadas por qualquer pessoa ou entidade, e a elas responder; definir estratégias de ação visando à integração das atividades da Policlínica aos planos locais, municipais, regionais, estaduais e nacionais de Saúde, assim como os planos, programas e projetos intersetoriais; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

Auxiliar a coordenação Medica e Diretoria Técnica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle de pacientes verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho na Policlínica; capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle do paciente por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria; realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata; desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos específicos da área; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica

em seu campo de atuação; reunir periodicamente a equipe de técnica, para análise e solução dos problemas; manter contato com a coordenação de Enfermagem, coordenação medica e Diretoria Técnica, objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; fazer registro diário dos serviços prestados; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do núcleo de controle do paciente serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO V COORDENAÇÃO DE FARMÁCIA

Art. 33º A Coordenação de Farmácia é a estrutura clínica de assistência técnica subordinada a Diretoria Técnica, destinada a atender toda a comunidade Policlínica Regional – Cidade de Goiás no âmbito dos produtos farmacêuticos e insumos, integrada técnica e hierarquicamente às atividades da Unidade da farmácia.

Art. 34º À coordenação de Farmácia compete: planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos, ao controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalar/dia; cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, germicidas, materiais médico- hospital/dia e correlatos; planejar e controlar a dispensação por dose individualizada, visando estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de estocagem e controle dos produtos farmacêuticos; elaborar manuais técnicos e formulários próprios; coordenar as atividades de informação sobre medicamentos junto às diversas comissões da unidade ;participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de fármaco- vigilância; participar das atividades de controle das infecções hospital/dia; as atividades de educação, treinamentos e política de farmácia clínica; desenvolver atividades colaborativas com outras áreas da unidade; controlar os medicamentos psicotrópicos, conforme legislação vigente; orientar o paciente, quanto ao uso do medicamento; emitir relatórios mensais sobre as atividades desenvolvidas pela Supervisão; representar a unidade junto ao setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e demais áreas da unidade; providenciar o controle interno e externo da qualidade dos serviços; controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade; Outras atividades correlatas.

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

SUB-SEÇÃO VI DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 35º – À Assistência Farmacêutica compete: planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente; fazer registro diário dos serviços prestados; manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta da Policlínica; elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa da Policlínica; receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório; controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes; emitir pareceres técnicocientíficos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos; elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;. desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica; manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades; controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados na Policlínica; manter contato com a Diretoria Administrativa, objetivando a eficiência administrativa dos serviços em saúde; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento na Policlínica; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO VII

DA COORDENAÇÃO MÉDICA

Art. 36º A Coordenação Médica é estrutura subordinada à Diretoria Técnica, destinada a representar oficialmente o corpo clínico da Instituição. Tem ainda no âmbito de sua atuação a incumbência de responder perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos. Desenvolve suas atividades em caráter permanente.

Art. 37º À Coordenação Médica compete: dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações e sugestões do Corpo Clínico; supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição; colaborar com as demais coordenações sempre que solicitado; cumprir e fazer cumprir o Regimento interno e Regulamento do Geral da Unidade e zelar pelo cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica; planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações e responsáveis técnicos; coordenar a assistência médico-hospitalar/dia prestada aos pacientes; estabelecer, junto aos Coordenadores e RT'S, critérios para o ingresso de profissionais de saúde, voluntários, nos serviços do ambulatório clinico que venham contribuir para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa; estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico na Unidade, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias; estimular a prática profissional interdisciplinar Na Unidade; colaborar na humanização do atendimento prestado na unidade; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área; manter contato com a Direção Geral da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais; E outras atividades correlatas.

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

SUBSEÇÃO IX

DA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Art. 38 À Coordenação da Clínica Oftalmológica compete: Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes oftalmológicos ambulatorial, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no unidade; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica preestabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a coordenação Técnico da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais; zelar para que as visitas médicas sejam feitas aos pacientes em internação dia e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;. elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos. ministrar cursos/aulas de pósgraduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração da unidade; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento da unidade; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Oftalmológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO X

DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Art. 39º – À Clínica Ginecológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ginecológicos ambulatorial, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no unidade; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes em internação dia e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica, com a devida clareza, no que se refere à parte médica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pósgraduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do

equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Ginecológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XI

DA CLÍNICA NEUROLÓGICA

Art. 40º – À Clínica Neurológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes neurológicos, de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na unidade; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a coordenação medica da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços;; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Neurológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas

SUB-SEÇÃO XII

DA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Art. 41º – À Clínica Otorrinolaringológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes otorrinolaringológicos, hospital/dia e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos

mesmos na unidade; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a coordenação medica da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços;. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospital/dia e do ambulatório e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Otorrinolaringológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XIII

DA CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA

Art. 42º – À Clínica Traumatológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes traumatológicos oriundos da Emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/dia/dia e no ambulatório; emitir pareceres de urgência, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do serviço; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenador medico da unidade objetivando a eficiência administrativa dos serviços; zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospital/dia e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de

atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração ; estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Traumatológica do Serviço, serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO XIV

DA CLÍNICA NEFROLÓGICA E HEMODIÁLISE

Art. 43º – À Clínica Nefrológica e Hemodiálise compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes nefrológicos, hospital/dia e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/dia; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, assim como da Emergência, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenador médico da Policlínica/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospital/dia e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico; preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Nefrológica e Hemodiálise serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XV

DA CLÍNICA UROLÓGICA

Art. 44º – À Clínica Urológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes urológicos, hospital/ dia e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/dia/dia; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia;. zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospital/dia e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Urológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas

SUBSEÇÃO XVI

DA CLÍNICA DERMATOLÓGICA

Art. 45º – À Clínica Dermatológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias da pele e anexos, ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/dia; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer

registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós - graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Dermatológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XVII

DA CLÍNICA ORTOPÉDICA

Art. 46º – À Clínica Ortopédica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias ortopédicas e traumatológicas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;. elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Ortopédica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XVIII

DA CLÍNICA ENDOCRINOLÓGICA

Art. 47º – À Clínica endocrinológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias endócrinas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica endocrinológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XIX

DA CLÍNICA CARDIOLÓGICA

Art. 48º – À Clínica Cardiológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias cardíacas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia/dia objetivando a

eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Cardiológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XX

DA CLÍNICA GASTROENTEROLÓGICA

Art. 49º – À Clínica Gastroenterológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias gástricas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pósgraduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica Gastroenterológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas

SUBSEÇÃO XXI

DA CLÍNICA DE MASTOLOGIA

Art. 50º – À Clínica de mastologia compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes portadores de patologias de mama; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica de Mastologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXII

DA CLÍNICA OBSTÈTRICA

Art. 51º – À Clínica obstétrica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos Pediátrica pacientes portadores de patologias obstétricas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica da Policlínica/dia/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento

ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Clínica obstétrica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXIII

DA CLÍNICA NEFROLÓGICA

Art. 52º – À Clínica Nefrológica compete: coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos clínicos pacientes portadores de patologias nefrológicas; emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida; coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Coordenação medica; objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários; elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da clínica Nefrológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXIV

DO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Art. 53º – Ao Serviço de Diagnóstico por Imagem compete: supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados; observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações; integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos; estabelecer sistema de plantão nas 12 (doze) horas para realização de exames de urgência do Serviço ambulatorial; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Diretoria Técnica e Assistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Diagnóstico por Imagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXV

DO LABORATÓRIO DE ANALISE CLÍNICA

Art. 54º – Ao Laboratório de Análises Clínicas compete: supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados; realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes ambulatoriais da Policlínica/dia; integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos; estabelecer plantão nas 12 (doze) horas para realização de exames de urgência de pacientes ambulatoriais ; fazer registro diário dos serviços prestados;. manter contato com a coordenação medica e Diretoria técnica da Policlínica/dia objetivando a eficiência administrativa dos serviços; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento Policlínica; promover

pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXVII

DA ENDOSCOPIA

Art. 55º – O Serviço de Endoscopia compete: supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames endoscópicos realizados; realizar exames endoscópicos; integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos; estabelecer sistema de plantão nas 12 (doze) horas para realização de exames de pacientes internados/dia; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a coordenador medico e Diretoria Técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Endoscopia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXVIII

DA ANATOMIA PATOLÓGICA

Art. 56º – O Serviço da Anatomia Patológica compete: supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames anátomo patológicos realizados; realizar exames de cito patologia, patologia cirúrgica e necropsias, para atendimento da Policlínica, e encaminhá-los aos respectivos serviços em tempo

hábil; integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos; estabelecer sistema de plantão nas 12 (doze) horas para dar suporte ao Serviço de Verificação de Óbito; fazer registro diário dos serviços prestados; manter contato com a Diretoria TécnicoAssistencial da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração Central; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação; primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Anatomia Patológica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXIX

DA CARRETA DIAGNÓSTICA

Art. 58º – O Serviço da Carreta diagnóstica compete: Gerenciar o serviço de diagnóstico clínico/cirúrgico sendo responsável pelo desenvolvimento diário das atividades, atuando como um agente facilitador entre os diferentes serviços existentes e zelando para que as atribuições transcorram dentro de uma logística que contribua para um desempenho eficiente e eficaz; Planejar, organizar, coordenar e promover assistência da equipe do Bloco diagnóstico do ambulatório e Hospital/Dia aos pacientes; Integrar a equipe de profissionais da Unidade de Bloco diagnóstico ambulatorial e Hospital/Dia entre si e, também as outras equipes multiprofissionais da Policlínica Regional – Cidade de Goiás; Efetivar 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; Avaliar e assegurar a implantação e revisão dos POPs e Protocolos relacionados aos cuidados desenvolvidos.

Parágrafo Único – As atividades da Carreta Diagnóstica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXX

DA COORDENAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Art. 59º – À Coordenação Multidisciplinar compete: planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência; prestar assistência ambulatorial nas áreas não médica como: psicológica, nutricional, fisioterapia, serviço social, biomedicina e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento; fazer registro diário dos serviços prestados; organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias; fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;. ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa; defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado; manter contato com a Direção objetivando a eficiência administrativa do serviço; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Multidisciplinar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXXI

DO SERVIÇO SOCIAL

Art. 60º – O Serviço Social compete: realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde; planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social; fazer registro diário dos serviços prestados; defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais na Policlínica; democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis na Policlínica e na rede; atuar de forma integrada com

as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes; promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos na Policlínica/dia; trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença; colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospital/dia;. participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica/dia; colaborar na humanização do atendimento Policlínica/dia; promover a participação do paciente na assistência hospital/dia; promover educação em saúde na Policlínica/dia; manter contato com a coordenação medica e Diretoria técnica da Policlínica objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospital/dia; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração. estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXXII

DA FISIOTERAPIA

Art. 61º – À Fisioterapia compete: planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia no Ambulatório Integrado, Unidades de Internação/DIA, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/DIA; prestar assistência fisioterápica aos pacientes ambulatoriais e internados; fazer registro diário dos serviços prestados; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias; fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração ; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;. promover a interação da equipe de fisioterapeutas e destas com os demais profissionais da Policlínica; colaborar na formação e

aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa; defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Fisioterapia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXXIII

DA FONOAUDIOLOGIA

Art. 62º – À Fonoaudiologia compete: planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes fonoaudiológicos, hospitalizados /dia e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/DIA; prestar assistência fonoaudiológica ambulatorial e de urgência ,clínica e cirúrgica, aos pacientes ambulatoriais e internados; fazer registro diário dos serviços prestados; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; supervisionar e controlar o suprimento, a distribuição e o consumo de materiais fonoaudiológicos; coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias; fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa; defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço fonoaudiologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUBSEÇÃO XXXIV

DA PSICOLOGIA

Art. 63º – À Psicologia compete: planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes Psicológicos, hospitalizados /dia e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos na Policlínica/DIA; prestar assistência psicológica ambulatorial e de urgência ,clínica e cirúrgica, aos pacientes ambulatoriais e internados; fazer registro diário dos serviços prestados; preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica; proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos; supervisionar e controlar o suprimento, a distribuição e o consumo de materiais fonoaudiológicos; coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias; fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área; ministrar cursos de pós-graduação na sua área, quando determinado ou autorizado pela Administração; colaborar na humanização do atendimento ambulatorial; colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais na Policlínica, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço psicologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SEÇÃO III

DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA DA UNIDADE

Art. 67º A Diretoria Administrativa é a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas e de apoio da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 68º - A Diretoria Administrativa compete: planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas Diretoria Executiva e pelo Conselho de Administração do IBGC; participar juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos da Policlínica Regional – Cidade de Goiás; formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal; assistir ao Diretor Geral, em assuntos administrativos, em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa- financeira; apresentar à DIRETORIA Executiva do IBGC, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada, para serem encaminhados ao Conselho de Administração; elaborar a proposta da política salarial e encaminhá-la à DIRETORIA Executiva do IBGC;, assinando os documentos atinentes à movimentação dos recursos mesmos, juntamente com o Diretor Geral; propor ao Diretor Geral a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo do IBGC; organizar internamente o funcionamento da área Administrativa e Financeira, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades; propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos; submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros; propor à Diretoria Geral, ouvido a Gerência de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários; propor à Diretoria Geral, normas e procedimentos para as atividades administrativas da Policlínica REGIONAL - UNIDADE CIDADE DE GOIÁS; outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Diretoria Administrativa, é de livre escolha, nomeação e dispensa da Diretoria Executiva do IBGC, ouvido o Conselho de Administração, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior, com pós-graduação e experiência.

Art. 69º - A Diretoria Administrativa é Composta de: Coordenação Administrativa, Coordenação de Operações, Coordenação de Qualidade e Coordenação Financeira.

SUB-SEÇÃO I

DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 70º - A Coordenação administrativa exerce a atividade de planejamento, execução e supervisão, das atividades administrativas da unidade Policlínica Regional – Cidade de Goiás, sendo composta pelas áreas de: Gestão de Pessoas, SAME, Tecnologia da Informação e de Compras e Faturamento.

DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÈDICO E ESTATÍSTICA/SAME

Art. 71º O serviço de arquivo médico e estatística /SAME é responsável pelo atendimento, guarda, conservação e organização dos fluxos dos prontuários do paciente em atendimento na Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 72º Ao serviço de arquivo médico e estatística /SAME compete: dirigir, coordenar, supervisionar e providenciar todas as solicitações emanadas da unidade afeta às suas obrigações; supervisionar a execução das atividades de armazenamento, distribuição e arquivamento de documentos referente ao paciente que devam ser guardados no prontuário; colaborar com as demais coordenações sempre que solicitado; cumprir e fazer cumprir as normas do Conselho Federal de Medicina em face da guarda, manuseio e sigilo do prontuário do paciente; controlar o serviço de arquivo médico e estatística, fornecendo os dados e estatísticas necessárias quando exigidos pelos órgãos de controle e avaliação; outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A serviço de arquivo médico e estatística /SAME é exercida por profissional de nível superior, de preferência com título de especialista.

DO SERVIÇO DE COMPRAS

Art. 73º - O serviço de Compras é a estrutura subordinada à Coordenação Administrativa, encarregada das pesquisas de preço, cadastro de fornecedores, acreditação de materiais necessários à aquisição de bens e serviços, definindo os critérios de apresentação e julgamento das propostas, regras de gestão e de negociação de contratos e implementação de sistemas informatizados de compras, materiais e contratos.

Art. 74º - O serviço de Compras compete: planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades ligadas a política de aquisição de bens e serviços; executar o cadastramento de fornecedores, de acordo com o sistema de informatização; atender as solicitações de compra de materiais; elaborar quadros demonstrativos das coletas de preços, submetendo-os à apreciação superior; emitir ordens de compra de acordo com as normas da Instituição; manter atualizado o arquivo de coleta de preços, para efeito de consultas rápidas;

liberar documentação para formação do processo de pagamento; elaborar relatório de estatísticas de compras; e outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – A Supervisão de Compras é exercida por profissional capacitado para o exercício da função, de livre escolha do diretoria Geral da Unidade, de preferência com título de especialista.

DO SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO /TI

Art. 75º - Do Serviço de Tecnologia da Informação/TI compete: planejar, programar, coordenar, avaliar e participar do planejamento, das diretrizes e estratégias referentes ao sistema de tecnologia da informação da Policlínica Regional – Cidade de Goiás; fornecer suporte aos usuários do sistema de informação, seja com relação à “Software” e/ou “Hardware”; realizar o processamento de todas as informações geradas na Instituição, referentes aos atendimentos e serviços prestados; coordenar e processar as estatísticas da unidade , referentes à produtividade e aos índices alcançados; outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O serviço de Tecnologia da Informação/TI é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Ciência da Computação, Análise de Sistema ou áreas afins, devidamente habilitado para o exercício da função.

DO SERVIÇO DE GESTÃO DE PESSOAS

Art. 76º - O Serviço de Departamento de Pessoal compete: planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade de DP; realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor da Policlínica; manter atualizado o Sistema de dados com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos colaboradores da Policlínica; fazer registro diário dos serviços prestados; controlar a concessão de férias e licenças dos colaboradores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões; controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho; informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do colaborador por casamento, luto e serviços obrigatórios por lei; receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado na Policlínica; elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão; colaborar na humanização do atendimento; zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado; estimular a prática profissional interdisciplinar na Policlínica; manter contato com a

Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços; elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DO SERVIÇO DE FATURAMENTO

Art. 77º - O Serviço de faturamento compete: Organizar, conferir e preservar documentos; Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico; Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão; Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços; Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas; Analisar ganhos financeiros (oriundos de planos de saúde e de pagamento direitos de pacientes);Intermediar aquisição de isenções e recursos governamentais; Atuar na estratégia operacional da Policlínica; Registrar dados relacionados.

Parágrafo Único – As atividades do serviço de faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

DA COORDENAÇÃO DE OPERAÇÕES

Art. 78º - A Coordenação de Operações exerce a atividade de planejamento, execução e supervisão, das atividades operacionais da unidade Policlínica Regional – Cidade de Goiás, sendo composta pelas áreas do: NIR, SESMET, Engenharia Clínica, Manutenção Predial, Metas Contratuais, Limpeza e Serviços Gerais.

DO SERVIÇO DO NÚCLEO DE INTERNO DE REGULAÇÃO/NIR

Art. 79º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multisetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de vagas disponíveis de forma centralizada e servir de interface entre a unidade e o Complexo Regulador, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar os atendimentos.

DO SESMT

Art. 80º O SESMT é a estrutura responsável pelos serviços especiais, medicina do Trabalho além de monitorar a utilização e implementação da NR32, e a ele compete: Aplicar os conhecimentos de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive, máquinas e equipamentos de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador; Determinar, quando esgotados todos

os meios conhecidos para a eliminação do risco se este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual – EPI, de acordo com o que determina a NR-6, desde que a concentração, a intensidade ou a característica do agente assim o exija; Colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, no que lhe competir; Responsabilizar-se, tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nos NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos; Manter permanentemente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoio, treinamento, e atendimento conforme dispões a NR-5; Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas, quanto de programas de duração permanente; Esclarecer e conscientizar os empregados sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção; Analisar e registrar nos documentos específicos, todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais e as características do agente e as condições dos indivíduos com doença ocupacional ou acidentado; Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade; Manter os registros de acidentes ocupacionais na sede do SESMT ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da Instituição o método de arquivamento e recuperação desde que sejam assegurados condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes aos acidentes de trabalho por um período não inferior a 5 anos; As atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se torna necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

Parágrafo Único – O SESMT é composto, segundo a legislação, por Técnicos em Segurança do Trabalho, Engenheiros do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho e Médicos do Trabalho.

DA ENGENHARIA CLÍNICA

Art. 81º - Ao Serviço de Engenharia Clínica Compete: organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Engenharia Clínica, tendo como foco principal a possibilidade de implementar a política de gestão tecnológica e de assessorar a ampliação e qualificação, incorporação e uso das novas tecnologias na Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 82º - Constituem produtos e serviços do Setor de Engenharia Clínica:

I - Gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas;

II – Análise de várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição.

Art. 83º - O Setor de Engenharia Clínica deve exercer o seu papel organizacional com o suporte das seguintes competências técnicas: coordenação do processo de articulação para o planejamento, logística e manutenção de equipamentos médicos da Policlínica; estabelecimento de normas técnicas e delegar poderes, no âmbito de suas competências; otimização dos processos de definição e aquisição de insumos, em articulação com a Central de Equipamentos Médicos da Policlínica; contribuição com a Divisão de Logística e Infraestrutura, na formulação e implementação da política de recursos humanos da Policlínica, com ênfase na área da engenharia clínica; contribuição com o processo de monitoramento e avaliação da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Parágrafo Único – A Engenharia Clínica é exercida, preferencialmente, por profissional graduado Engenharia ou arquitetura, devidamente habilitado para o exercício da função.

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

Art. 84º – O Serviço de Manutenção Predial é a estrutura subordinada à Coordenação Administrativa, responsável pela execução de reparos, melhorias e adaptações das áreas físicas e equipamentos da Policlínica Regional – Unidade de Goianésia.

Art. 85º - O Serviço de Manutenção Predial compete: planejar, coordenar, supervisionar e controlar as ações inerentes à prevenção, correção e manutenção do acervo patrimonial; promover a manutenção e conservação dos bens móveis e imóveis pertencentes à

Instituição, bem como de suas instalações; fiscalizar a execução dos serviços contratados; requerer os seguros de bens imóveis, móveis, equipamentos, bem como, das mercadorias, e outros bens, quando em trânsito; responder pela guarda, manutenção e atualização das plantas físicas, elétricas e hidráulicas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás; outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O Serviço de Manutenção Predial é exercida, preferencialmente, por profissional graduado em Arquitetura, Engenharia ou Hotelaria, devidamente habilitado para o exercício da função

SUBSEÇÃO III

DA COORDENAÇÃO DE QUALIDADE

Art. 86º - A Coordenação Qualidade é entendida "como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta administração da Policlínica/dia até seus funcionários mais básicos".

Tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional. Exerce a atividade de planejamento, execução e supervisão, das atividades administrativas da unidade Policlínica Regional – Cidade de Goiás, sendo composta pelas áreas de: Comissões, Comunicação e Relações Institucionais, Ouvidoria e Núcleo de Ensino e Pesquisa.

DA OUVIDORIA

Art. 87º - A Ouvidoria da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento institucional, atuando como canal de interlocução com a sociedade, comunidade interna, visando mediar as relações entre a Administração Pública e o administrado, propondo ações que possam contribuir com a melhoria da prestação dos serviços.

Art. 88º - A Ouvidoria da Policlínica Regional – Unidade de Goianésia tem por missão fortalecer e resgatar as relações humanas, alicerçada em um comportamento ético, através do cuidado técnico e cientifico, tendo uma gestão participativa, na valorização do ser humano, com incentivo à cidadania e como visão a de ser reconhecida como instrumento na defesa do interesse social e na preservação da Administração Pública como ferramenta de gestão

propondo melhoria dos serviços públicos e atuará no sentindo de garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados à sociedade.

Parágrafo Único – As atividades da Ouvidoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DA CONTABILIDADE

Art. 89º – O Serviço de Contabilidade é um órgão de apoio com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais sob a coordenação do Setor de Contabilidade, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica/dia e ambulatório da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, principalmente no que se refere ao oferecimento de um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos seus usuários e equipes internas. Este tem como finalidade a facilitação da identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis inconformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando a realização de um planejamento adequado de programas de capacitação técnico-científica e humanitária.

Art. 90º - Constituem produtos do setor de contabilidade: demonstrações contábeis; declarações de Imposto de Renda, de contribuições de tributos federais e Imposto de Renda Retido na Fonte, referentes aos serviços prestados na Policlínica Regional – Cidade de Goiás; notas contábeis, referentes a inconsistências detectadas pela Contabilidade; fornecimento de informações contábeis como instrumentos de gestão; pareceres contábeis, referentes a análises técnicas solicitadas; relatórios contábeis, referentes a informações solicitadas; declaração do contador para o Relatório de Gestão e processo de Prestação de Contas, quando solicitado pelo IBGC.

Parágrafo Único – O serviço de contabilidade é exercido, por profissional graduado contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DA GESTÃO DE CUSTOS

Art. 91º – O Serviço da Gestão de Custos é um órgão de apoio da Coordenação Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de custas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica/dia e

ambulatório da Policlínica Regional – Cidade de Goiás na real oferta de serviços de qualidade com a melhor economicidade.

Art. 92º - O Serviço da Gestão de Custos atuará nas seguintes vertentes: Planejamento e Controle tem por atribuições a: Detenção do orçamento previsto para um determinado período e projetação dos passos e atividades necessários à sua efetivação prática; Delinear estratégias, pontos de controle, e parâmetros de trabalho é, basicamente, trabalhar para a consumação do que foi estabelecido no orçamento; realizar o controle das atividades previstas, mantendo a rédea sobre a execução e garantindo que desvios sejam corrigidos a tempo de manter os resultados de acordo com o orçamento previsto; Investimento em integração e assertividade de informações visando: Alimentar e utilizar diretamente as ferramentas de gestão e suporte; Realizar a gestão da qualidade de todos os serviços prestados e atividades realizadas em todos os âmbitos; Administrar a estrutura e os bens patrimoniais; Gerir suprimentos e prestar apoio logístico aos centros operacionais; Lidar com normatização, regulamentos e demais burocracias, tais como estatutos, regulamentos, regimentos etc.; Fazer controle de processos e gestão de pacientes como “clientes” da base; Manter o controle de recursos humanos tanto para corpo clínico, área administrativa e centros de estudos; Preocupar-se com aparatos, normas e procedimentos para prevenção de epidemias e infecções.

Parágrafo Único – O Serviço da Gestão de Custos é exercida, preferencialmente, por profissional graduado administração/contabilidade/economia, devidamente habilitado para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 93º – O Serviço de Prestação de Contas é um órgão de apoio da Coordenação Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de contas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica/dia e ambulatório da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, Este tem como finalidade a facilitação da identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis inconformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando a realização de um planejamento adequado de programas de capacitação técnico-científica e humanitária.

Parágrafo Único – O Serviço da Prestação de Contas é exercida, preferencialmente, por profissional graduado administração/contabilidade/economia, devidamente habilitado para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DA AUDITORIA

Art. 94º – O Serviço de Auditoria é um órgão de apoio da Coordenação Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas organizacionais dos prontuários de forma a possibilitar a consecução dos objetivos da Policlínica/dia e ambulatório da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 95º. O Serviço de Auditoria da Policlínica Regional – Cidade de Goiás compreende os serviços de análise administrativa e auditorias no prontuário dos pacientes e possui as seguintes atribuições: Realizar análise administrativa no prontuário dos pacientes e devolução de prontuários inconformes aos setores de origem para adequação das não conformidades identificadas; Realizar auditorias de enfermagem no prontuário dos pacientes e devolução de prontuários inconformes aos setores de origem para adequação das não conformidades identificadas; Verificar a compatibilidade entre os procedimentos realizados e a cobrança dos itens constantes das contas; Realizar procedimentos de solicitação de autorização de prorrogação, materiais e medicamentos de alto custo às operadoras de planos de saúde;. Atuar de forma educativa nas equipes assistenciais contribuindo, com seus conhecimentos, para a obtenção de resultados financeiros positivos, evitando a ocorrência de glosas, e preservando relações éticas entre o contratado e o contratante; Subsidiar ações para a melhoria contínua da documentação nos prontuários dos pacientes, diminuindo as não conformidades entre o registro da assistência prestada; Atualizar constantemente os conhecimentos quanto às mudanças na prática assistencial, sejam elas relativas a medicamentos ou materiais, para que possa abordar os erros/falhas de registros com propriedade e, também, orientar os colaboradores quanto aos problemas/deficiências encontrados, apontando alternativas corretivas e/ou preventivas.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Auditoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 96º - Os direitos e deveres dos empregados são regidos pela legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.

Art. 97º - O uso de qualquer impresso com timbre é exclusivo do pessoal da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, no exercício das suas atividades, devendo a correspondência externa ser assinada pelos responsáveis, isoladamente ou em conjunto quando for o caso.

Art. 98º - Nenhum impresso poderá ser confeccionado sem a autorização do Diretor Geral. A

Art. 99º - Todo documento relativo a pagamento deve ser aferido e visado pela Diretoria Administrativa sendo os cheques assinados pelo Diretoria Geral do IBGC.

Art. 100º Todo material permanente existente é tombado, assim como todas as aquisições ou doações de bens permanentes, devendo qualquer alteração de baixa ou transferência de uma unidade para outra deve ser anotada na ficha patrimonial.

Art. 101º - É vedada a comercialização de produtos de qualquer natureza ou origem nas áreas internas e externas, seja por empregados, pacientes, familiares ou terceiros.

Art. 102º - O presente Regimento entra em vigor na data em que for aprovado

Art. 103º - O presente Regimento entra em vigor na data em que for aprovado pela Diretoria Geral.

Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110. Telefone +55 62 3954-5006.

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional – Cidade de Goiás e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 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 cientifica, 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 utilizando-se de método assistencial.

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

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

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

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

6. 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 SADT;

2. Setor de Materiais e esterilização (CME)

3. Ambulatório Geral

4. Rouparia e Higienização

Art. 5º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado: 1. Coordenador Geral de Enfermagem

2. Coordenador de Setor

3. Enfermeiros Assistenciais

4. Técnicos de Enfermagem

5. Auxiliares de Enfermagem

6. Maqueiro

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 da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 7º - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço 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 mínimo 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; afastamentos legais, 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.

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:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais da unidade, do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;

2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;

3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete ao Setor de Internação leito/dia:

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;

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 CCIA para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no ambulatório;

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

Art. 15º - Compete à Central de Materiais e Esterilização (CME):

1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado e instrumentais usados nas Unidades;

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. 16º 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. 17º - 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. 18º - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem

2. Enfermeiros Coordenadores de Setor

3. Enfermeiros Assistenciais

4. Técnico de Enfermagem

5. Auxiliar de Enfermagem

6. Auxiliar Administrativo

7. Estagiário de Enfermagem

7. Maqueiro

Art. 19º - Requisitos necessários e atribuições aos cargos discriminados acima:

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar quite 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 quite com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para

liderança do Setor. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS. Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade. Manter a Diretoria de Atenção à Saúde informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras; manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

3. Enfermeiro Coordenador de Setor: Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação leito/dia, 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 a passagem do CME; observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Auxiliares (Assinar registrar o número do COREN). Observar as solicitações de exames e encaminhá-las. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias. Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes internados em leito/dia, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias. Nesse momento, verificar o tempo de permanência dos pacientes e pendências relacionadas à internação leito/dia. Evoluir os pacientes, com o (a) enfermeiro (a) assistencial. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos. Verificar a validade do material do CME. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas. laborar distribuição dos auxiliares para o período da tarde. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde). Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade. Controlar entorpecentes e carro de emergência. Observar os encaminhamentos de: exames, consultas, retornos. Realizar reposição dos impressos. Conferir materiais solicitados ao

almoxarifado e supervisionar a conferência do auxiliar de enfermagem ou auxiliar administrativo das medicações enviadas pela farmácia para os pacientes internados, conforme a prescrição médica do dia. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem: Passar o plantão; Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim. Realizar treinamento em serviço. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem Lançar no Sistema os indicadores citados no item. Participar diretamente no processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção. Realizar avaliação de desempenho semestral. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização. Participar das reuniões do CGRSS. 23. Participar do processo de padronização dos saneantes. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

4. Enfermeiro Assistencial: Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente. Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as evoluções dos pacientes sob a sua responsabilidade. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade. 5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade. Participar da passagem de plantão no início do turno. Visitar os pacientes, conferindo os mesmos, com o censo eletrônico impresso e o relatório de enfermagem. Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados. No início do período, iniciar o relatório de enfermagem. Aprazar as medicações ou conferir o aprazamento eletrônico, observando a prescrição da véspera e realizando as modificações necessárias. Realizar as admissões. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências. No final do período, participar da passagem de plantão; Emitir novo censo da unidade. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

5. Técnico de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira. Prestar assistência de enfermagem a pacientes graves sob a supervisão enfermeira. Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas

6. Auxiliar de Enfermagem: Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão. Admitir e orientar os pacientes na unidade. Executar os cuidados de enfermagem planejados. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.

Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares. Prestar assistência no período pós-operatório. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

7. Maqueiro: Realizar o transporte do paciente com segurança entre as unidades de atendimento.

CAPÍTULO V - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 20 º - O Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional – Cidade de Goiás será durante 12 horas/dia, seguindo a carga horária o disposto nas leis trabalhistas vigentes.

Art. 21º - O Serviço de Enfermagem da Policlínica Regional – Cidade de Goiás obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I. Unidade de ambulatório: 7 hs às 19 hs.

Parágrafo único: O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 22º Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá ser apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelo preso; unhas curtas e sem adornos.

Art. 23º O empregado poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizado somente pela Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º 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.25º - 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.26º - 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.27º O profissional não poderá deixar o ambiente do trabalho uniformizado;

Art. 28º Este Regimento poderá ser revisado e alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.

PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Os sistemas informatizados de gestão em saúde são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde como a Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Sua essencialidade se mostra na composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros.

Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão em saúde prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras e assistenciais, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará a rotina cotidiana na unidade, a prestação do serviço ao usuário da unidade, a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Devido à complexidade assistencial e administrativa de uma unidade de saúde, cada vez mais se exige um atendimento de alto nível aos pacientes, com controle de custos, e a otimização de todas as tarefas pertinentes ao atendimento.

As unidades de saúde estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Nelas estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: unidade de saúde é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado. (CELESTINO, 2002, p. 01)

Neste cenário de alta competitividade e complexidade, as organizações estão cada vez mais dependentes de informações precisas e objetivas, conferindo à informação um status de patrimônio e capital, fundamental para a tomada de decisão e ao sucesso das operações das empresas, que torna indispensável à utilização de sistemas adequados.

Com a redução do custo de computação e aumento da capacidade do computador, tornou-se viável o uso da tecnologia da informação para tarefas mais analíticas do que o processamento manual de transações.

Os sistemas de informação funcional entram em cena para assegurar que as atividades da organização (funções) sejam executadas de modo eficiente. Ele prepara relatórios,

extraindo informações do banco de dados da corporação e processando-as de acordo com as necessidades dos usuários. (TURBAN. RAINER JR. POTTER, 2003, p. 36)

Para o sucesso da implantação de um software, devem-se gerenciar de forma eficiente os processos administrativos e assistenciais, onde deve ser implantada uma revisão nos processos e a necessidade da implantação de um modelo adequado de governança de T.I. para suportar as novas tecnologias em implantação.

A gestão da T.I. é fundamental nas organizações em saúde e para o sucesso da implantação e utilização dos sistemas informatizados. É fundamental que a gestão da T.I. conte com profissionais com diversas características como: competências técnicas, conhecimento, visão e principalmente capacidade, conhecimento e experiência na área da saúde, possibilitando um gerenciamento da informação, determinando estratégias de utilização da informatização para atingir o melhor desempenho de cada setor do Policlínica. A gestão da T.I. ainda é responsável por diagnosticar as disfunções do sistema, desenvolver e aplicar soluções de rede e hardware, e desenvolver e executar os projetos de informática que serão adotados pela organização.

Antes de tudo, é necessário reconhecer que a Gerência/Supervisão dos Sistemas de Informação (GSI) é indispensável para que um Policlínica possa desenvolver e administrar seus recursos de informação, que constituem requisito essencial para a produção eficiente de serviços de saúde de alta qualidade. (LAVERDE, 2010, p. 332)

Os sistemas de informações em saúde visam gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas da unidade.

Outro ponto de grande importância é a segurança das informações, onde em um ambiente informatizado ocorre uma grande disseminação das informações, agregando um maior risco ao seu gerenciamento. Devem ser estabelecidas políticas de segurança, relacionando os riscos e realizando um plano de contingência aos mesmos.

Os softwares devem atender a todas as necessidades quanto ao paciente, atender as necessidades em todos os níveis organizacionais, que vão desde a entrada do paciente, toda a parte assistencial, prontuário eletrônico, até o administrativo, devendo as soluções ser plenamente integradas, com todas as informações unificadas, cujo maior benefício será a integridade e a uniformidade dos dados e da informação, se traduzindo em segurança e qualidade na Tecnologia da Informação. Devendo esse sistema ser estável, com máxima integração de

processos, pessoas e informações, comprometendo todas as informações geradas nos ambientes de saúde.

Características técnicas:

Sistema modular: O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:

RELAÇÃO DE MÓDULOS

- Totem – emissão de senha;
- Painel de atendimento e chamada ao paciente;
- Controle de sala;
- Administrador do fluxo de atendimento;
- Central de agendamento de consultas, exames, sessões e tratamento;
- Ambulatório;
- Procedimentos cirúrgicos de menor porte;
- Posto de enfermagem;
- Prescrição eletrônica ao paciente;
- PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
- CCIA – Controle de Infecção Ambulatorial;
- Laboratórios de Análises Clínicas;
- Diagnóstico por imagem;
- Patrimônio;
- Almoxarifado e farmácia
- Nutrição e dietética;
- Central de Material Esterilizado – CME;
- Engenharia e Manutenção;
- Portaria;
- SAME;
- Higienização e Limpeza;
- Lavanderia e Rouparia;
- Gestão de usuários;
- Acompanhamento e Controle gerencial;

- Diretorias;
- Editor de Documentos Eletrônicos;
- Gerador de Relatórios.

1) Totem – emissão de senha:

a) O Totem contará com sistema deverá disponibilizar solução para a emissão de senha de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 (oitenta) anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;

b) Deverá haver no Totem, sistema capaz de gerar impressão para a emissão de senhas;

c) Quando da emissão da senha, deverá ser impresso além do número da senha, a etapa inicial do atendimento em que o usuário deverá esperar;

d) Os painéis de visualização das senhas (painéis de atendimento) deverão ser integrados ao totem (sistema integrado) para o funcionamento da chamada dos pacientes;

2) Painel de Atendimento e Chamada:

a) O sistema deverá permitir fazer a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;

b) O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;

c) O sistema deverá permitir fazer a configuração de quais processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame de laboratório, procedimentos, medicamentos) serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;

d) O sistema deverá permitir configurar chamada com sonorização;

e) O sistema deverá permitir configurar/habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente por voz;

f) O sistema deverá permitir a configuração na tela do painel de atendimento, de uma orientação ao paciente de qual direção deverá seguir para o atendimento;

g) O sistema deverá apresentar o local que o paciente deverá se dirigir (guichê, consultório, box, etc);

h) O sistema deverá permitir configurar quais especialidades de atendimento que serão chamadas através do painel;

i) O sistema deverá permitir configurar/ habilitar função multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações, stream, URL ou outros tipos;

j) O sistema deverá permitir configurar/habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;

l) O sistema deverá configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila que o painel está configurado para fazer a gestão;

m) O sistema deve permitir configurar/ habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) por especialidade no Pronto Socorro.

3) Controle de Sala:

a) O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de exames de imagens).

b) O sistema deverá permitir o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;

c) O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;

d) O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento;

e) O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala de ser chamado;

f) O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;

g) Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;

h) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;

i) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;

j) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;

l) O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema.

4) Administrador de Fluxo de atendimento:

a) O sistema deve disponibilizar de solução que permita fazer análise em tempo real (online) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;

b) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

c) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

d) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online, indicador para fazer análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa do atendimento;

e) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

f) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;

g) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;

h) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;

i) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;

j) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;

l) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;

m) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;

AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, SESSÕES E TRATAMENTOS

a) O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo (Sim ou Não): Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo entre um agendamento e outro;

b) O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos: Código;

Nome;
Sigla;
Situação;
Endereço;

c) O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos;

d) O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;

e) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;

f) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:

- Dia da Semana;
- Tipo de Escala;
- Hora Inicial;
- Hora Final;
- Tipo de Horário do Atendimento;
- Qtde. Horários disponibilizados;
- Qtde. Encaixes;
- Permissão para realização de encaixes extras;
- Profissional;
- Setor;
- Unidade de Atendimento;
- Consultório; - Recurso;
- Itens de Agendamento do Dia;

Qtde. Máxima de Atendimentos por Tipo de Atendimento x Especialidade/Serviço;

- Usuários Autorizados a realizarem agendamentos na escala;
- Peso Máximo/ - Altura Máxima;
- Faixa Etária;

g) O sistema deverá possuir opção para serem registradas/configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas

mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela de agendamento para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;

h) O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;

i) O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os sms para os pacientes;

j) O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do sms de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;

k) O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento.

l) O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a liberação da escala de atendimento:

- Código da Escala (opcional);
- Data de Liberação;
- Período de Liberação da Escala;
- Tipo da Escala;
- Prestador;
- Especialidade;
- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas;

m) O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;

n) O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;

o) O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros: - Paciente;

- Item de Agendamento;
- Prestador;
- Especialidade;
- Tipo de Atendimento;

p) Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;

q) O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados:

- Telefone;
- Pessoalmente;
- Solicitação
- Fax;
- E-mail;

r) O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;

s) O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;

t) O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;

u) O sistema deve permitir registrar os contatos com os pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;

v) O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;

- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;
- O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;
- O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;
- O sistema deve permitir o sistema fazer a gestão da fila de espera.
- O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado o agendamento de um procedimento. O sistema deve permitir o usuário registar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações: - Dias da semana; - Horário de início e fim por dia da semana; - Serviço; - Tipo de Atendimento; - Prestador;
- O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário, informando a turma e os pacientes por turma;
- O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico; O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico;
-

AMBULATÓRIO

a) O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;

b) O sistema deve possuir mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial O sistema deve dispor de painéis de atendimento que informem os seguintes dados: - Senha; - Hora Chegada; - Previsão de Atendimento (cadastro); - Status do Atendimento;

c) O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecione a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;

d) O sistema deve permitir a recepcionista possa associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda médica; ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição. A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções: - Prontuário (matrícula) - Nome; - Sobrenome; - Data de Nascimento; - CPF; - Nome da Mãe;

e) A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;

f) O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;

g) O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;

h) Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento do registro do paciente.

i) O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento da unidade e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento. O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos: - Nome; - Nome Social; - Nome da Mãe; - Nome do Pai; - Data de Nascimento; - Sexo; - Cor; - Tipo Sanguíneo; - Nome do Cônjuge; - Identidade; - Órgão Emissor; - Data de Emissão; - CPF; - Cartão Nacional de Saúde; - Estado Civil - Endereço; - Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP; - Telefone Residencial, - Telefone Comercial; - Telefone Celular; - E-Mail; - Local de Trabalho; - Profissão; - Classe Econômica; - Grau de Instrução; -

Religião; - Etnia; - Naturalidade; - Nacionalidade; - Fotografia do Paciente; - Captura da biometria do paciente;

i) O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;

j) O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

l) O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações: - Data; - Hora; - Médico; - Convênio; - Plano; - Tipo de Atendimento; - Serviço; - Tipo de Paciente; - Local de Procedência; - Destino; - Procedimento - CBO - Especialidade; - Responsável pelo Paciente; -

m) Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;

n) Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos: - Etiqueta de Identificação com Código de Barras; - Termo de Responsabilidade; - Ficha de Atendimento Ambulatorial

o) O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e fazer o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;

p) O sistema deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;

q) O sistema deve permitir o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;

r) O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;

s) O sistema deve disponibilizar mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;

t) O sistema deve dispor de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;

u) O sistema deve dispor de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;

v) O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios: - Atendimentos por Período; - Atendimentos por Empresa; - Atendimentos por Médico; - Atendimentos por Cidade; - Atendimentos por Bairro; - Atendimentos por Especialidade; - Atendimentos por Serviço; - Atendimentos por Usuário; - Consultas Atendidas x Faturadas; O sistema deve emitir relatório de tempo de espera por período, por médico e por faixa de tempo;

x) O sistema deve atualizar automaticamente o status do atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada;

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao PEP deve disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;
- O sistema deve possuir tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;
- O sistema deve possuir tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;
- O sistema deve possuir tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequencia configurada;
- O sistema deve permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir configurar quais itens são de prescrição, e associa-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema deve habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário desativar um item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é médico ou de enfermagem ou ambos;

- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar o tipo de controle do item de prescrição (normal, balanço hídrico, coleta de sinal vital, alta de unidade, alta médica);
- O sistema deve permitir o usuário configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
- O sistema deve permitir o usuário configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado e de acordo com essa informação será solicitado este produto no estoque no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições) serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a prescrição médica e de enfermagem;
- O sistema deve permitir o usuário configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as superdosagens e as subdosagens dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve dispor de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de prestador, por tipo de convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;

- O sistema deve dispor de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permita associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Check-box, combo box, descritivo, lista de valores e etc..) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção poderão ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;
- O PEP deve estar integrado com o cadastro único de pacientes da unidade, seja pelo atendimento ambulatorial;
- Nos casos de atendimentos de pacientes em Pronto Atendimento, o PEP deverá ser integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática todas as informações coletadas durante o processo de classificação;
- Permitir consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações: - Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual

ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deve permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente no mínimo com as seguintes informações: Queixa Principal;HDA (História da Doença Atual); HPP; Alergias; Antecedentes Pessoais; Antecedentes Familiares; Medicamentos em Uso; Hábitos e Costumes; Exame Físico; Nível de Consciência; Sinais Vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR) Avaliação de Cabeça e Pescoço; Avaliação do Aparelho Cardiovascular; Avaliação do Aparelho Respiratório; Avaliação Abdome; Avaliação Genitália; Avaliação Membros; Exame Neurológico; Hipótese Diagnóstica; Causa da Internação ou Atendimento; Plano Terapêutico com as seguintes informações: Tratamento Proposto; Plano de Cuidados;
- O sistema deve permitir a criação/configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;
- O sistema deve, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, informar que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clinico;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);
- De acordo com o diagnóstico informado o sistema deve emitir alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);
- O sistema deve permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como: - Glasgow; - Apache II; -Euroescore; -Time Risc; -Régua de Dor; - Superfície Corpórea; - Braden; - Fugulin;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do médico assistente; Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações; Registrar

indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também deve permitir parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;

- Permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;
- O sistema deve carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;
- O sistema deve gerar alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;
- O sistema deve gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e Droga x Nutriente; O sistema deve gerar alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;
- O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;
- O sistema deve permitir o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;

- O sistema deve gerar automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;
- O sistema deve gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos; O sistema deve permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica; O sistema deve permitir o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
- O sistema deve disponibilizar de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
- O sistema deve permitir a criação de protocolos de tratamento de quimioterapia com a configuração de intervalo de dias entre os tratamentos e a quantidade de ciclos;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de prescrição de quimioterapia os medicamentos configurados para o tratamento assim como a geração do tratamento dentro do intervalo de dias configurados para o protocolo selecionado;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de analises clinicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (Inter consulta);
- Ao fazer a finalização da prescrição o sistema deve permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;

- O sistema deve permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- O sistema deve permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;
- O sistema deve permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;
- O sistema deve permitir o médico fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
- O sistema deve permitir ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso deve também permitir fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
- O sistema deve permitir o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
- O sistema deve apontar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;

- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clinicas do paciente tais como: - Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- O sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem; o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;

- O sistema deve dispor da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema deverá sugerir os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema deverá possuir tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;
- O sistema deverá ter tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:

  Diagnóstico:

  Procedimento:

  Data:

  Hora:

  Motivo de alta:
- O sistema deve permitir fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações;
- O sistema deve possibilitar a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema deve sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- O sistema deve permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema deve estar homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o Check-list de cirurgia segura;

DIRETORIA TÉCNICA

- O sistema deve permitir realizar o registro dos tipos de prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especializações médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes informações: Nome, sexo, CPF, Identidade, Data Nascimento, Nome de Guerra, nº do Conselho, Nome do pai, Nome da Mãe, Grau de Instrução, Nacionalidade, Naturalidade, Foto, Endereço Comercial, Endereço Pessoal, Tipo de Prestador, Especialidade, Especializações, Tipo do Conselho, Tipo de Vínculo, Tipo de Atividade (Cirurgia, Anestesista, Clinico, Auditor), Dados Bancários, Contatos;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as ocorrências médicas
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as especializações médicas;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as licenças médicas.

CCIA

- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possibilitar o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIA;
- O sistema deve possibilitar a configuração do nº. de dia autorizado automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração da DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se o mesmo é de vigilância;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro das topografias com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve realizar automaticamente a busca ativa dos pacientes suspeitos de infecção ambulatorial com a possibilidade de o usuário selecionar o tipo de busca (uso de

antimicrobiano, culturas positivas, procedimentos invasivos, cirurgias, data de previsão de alta ultrapassada, admitidos com mais de 48 e 72 horas, por setor e por unidade de internação;

- O sistema deve apresentar ao fazer a busca ativa, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, informações referentes ao uso de antimicrobianos, a cirurgias realizadas pelo paciente, aos resultados das culturas realizadas, aos procedimentos invasivos registrados na assistência ao paciente e as infecções já registradas;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro da infecção do paciente com as seguintes informações: data da infecção, CID, Tipo do Registro, Tipo de Infecção, Tipo de Situação, Sitio Principal, Topografia, Procedimento Invasivo, Localização, Leito, Aviso de Cirurgia quando paciente com infecção no CC e observações;
- O sistema deverá permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada; O sistema deverá permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;
- O sistema deve possibilitar o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a sua assistência com a data da realização, o procedimento realizado e o setor onde ocorreu;
- O sistema deve disponibilizar a realização de auditorias nas prescrições médicas que tiverem antimicrobianos prescritos pelos médicos assistentes;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo bloquear uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo liberar a prescrição de um antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;
- O sistema deve apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;
- O sistema deverá calcular as taxas de infecção ambulatorial existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia;

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- O sistema deve permitir fazer o registro da solicitação de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência do paciente para o centro cirúrgico;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro da programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir o registro de ocorrências do plantão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de produtos ao estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética da unidade;
- O sistema deve permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clinicas do paciente para efeitos de informação;
- O sistema deve permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;
- O sistema deve permitir o usuário registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a emissão do relatório de censo ocupacional da unidade de internação;

ESTOQUE E FARMÁCIA

- Cadastros e Configuração Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
- Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor; Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, sub-classe, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ; Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;
- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;
- Cadastro de localização dos estoques endereços das prateleiras;
- Cadastro dos Motivos de Baixa;
- Cadastro de Tipos de Documento;
- Cadastro do Motivos de Devoluções;
- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;
- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;
- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;
- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;
- Cadastro de Kits de Produtos;
- Cadastro de Formulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
- Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;

- Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
- Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavras-chaves e cadastro de produtos e DEF; Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve permitir a configuração de espécie de produto x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x espécie;
- O sistema deve permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;
- O sistema deve disponibilizar a configuração de etiquetas de códigos de barras;

Entradas de Produtos

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Qtde Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação; Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);

- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;
- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;
- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;
-

Saída de Produtos

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;
- As solicitações de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de empréstimo; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor; O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

Devoluções de Produtos ao Estoque

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente;
- Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;
- As solicitações de devolução de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução;

Outras Movimentações

- O sistema deve permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa; O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;
- O sistema deve permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados como também a emissão dos termos de abertura;
- O sistema deve disponibilizar de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;

- O sistema deve disponibilizar de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque;
- O sistema deve possuir de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente.

Inventário

- O sistema deve permitir o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;
- O sistema deve permitir o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário; O sistema deve ter rotina de geração do inventário;
- O sistema deve ter a rotina da geração do balanço de inventário.

Cálculos e Fechamentos

- O sistema deve permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
- O sistema deve permitir a realização/execução dos cálculos da curva ABC;
- O sistema de disponibilizar a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- O sistema deve ter opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto;

Outras Transações e Consultas

- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos do estoque do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de dados consolidados do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de produtos críticos;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de consumo de produtos por setor;

GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO

- Cadastro dos sistemas;
- Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
- Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;

- O sistema deve permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permitir a criação de usuários e a definição dos papéis de acesso dos respectivos usuários;
- Permitir a desativação de usuários do sistema;
- O usuário poderá ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permitir a mudança de senha;
- Permitir a alteração de senha; Configurar os usuários por empresa;
- Configurar os usuários por setor ou unidade de internação;
- Configurar os usuários por SAME;
- Configurar os usuários por almoxarifado;
- Configurar os usuários por setores de diagnóstico;
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto as tabelas.

Gerador de relatórios

- Deve permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
- Deve permitir inserir imagens nos relatórios;
- Deve permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
- Deve utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
- Deve definir usuários específicos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve definir filtros nos relatórios utilizando os padrões “de-a”; “maior que”; “menor que”; “diferente de”; “radio bottons”; “cheque box”; “drop down”.

PROPOSTA DE REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás é representado pelo conjunto de médicos que atuam nesta instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

PARAGRÁFO ÚNICO: O Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2º - Os médicos do Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás se representam nas seguintes categorias:

Membros efetivos: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista celetista, independente da carga horária contratada, seja ela em regime plantonista e/ou plantonista.

Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

Membros à Disposição: são os profissionais médicos cedidos formalmente a Policlínica Regional – Cidade de Goiás por meio da lotação funcional ou exercício de função, que regimentalmente passam a integrar o Corpo Clínico desta Instituição.

PARÁGRAFO ÚNICO: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

a) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado de Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo.

b) Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

c) Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos.

d) Assegurar a melhor assistência aos usuários da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional e informativo aos familiares e/ou responsáveis.

e) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

f) Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição.

g) Cooperar com a administração da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, objetivando a melhoria da assistência prestada.

h) Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

i) Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação da Policlínica Regional – Cidade de Goiás

j) Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

k) Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões.

l) Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico.

m) Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

n) Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável.

o) Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa da Policlínica Regional – Cidade de Goiás;

p) Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes da Policlínica Regional – Cidade de Goiás;

q) Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência.

r) Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.

s) Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas.

t) Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação.

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

v) Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina da Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição.

w) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III- DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4º - A composição do corpo clinico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás será a seguinte:

O Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás deve ser composto exclusivamente por profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que estejam exercendo ativamente suas funções nesta Instituição, sendo representados por um Coordenador Médico, subordinado ao Diretor Técnico, responsáveis pela coordenação e condução das atividades, atuando em toda estrutura da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

O Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás encontra-se organizado na seguinte estrutura:

I- Diretoria Técnica;

II- Diretoria Clínica;

III- Comissão de Ética Médica;

IV- Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial;

V- Comissões Permanentes e Temporárias;

VI- Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV- DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º São atribuições do Diretor Técnico:

I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral da Policlínica Regional – Cidade de Goiás;

II. planejar, orientar, coordenar e controlar as ações desenvolvidas através das seguintes coordenações e supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Coordenação do Ambulatório, Coordenação do SADT.

III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;

IV. Coordenar a assistência prestada aos pacientes;

V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou unidade administrativa dos serviços de saúde na Unidade, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na unidade;

VII. Colaborar na humanização do atendimento na unidade;

VIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

X. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando um livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI. Manter contato com a Direção Geral da Policlínica Regional – Cidade de Goiás objetivando a eficiência administrativa dos serviços de saúde;

XII. fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

XIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;

XIV. Tomar as providências necessárias para solucionar a ausência de profissionais;

Art. 6º. O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimento técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade da Policlínica Regional – Cidade de Goiás e, cotidianamente à disposição do mesmo.

Art. 6º. Compete ao Diretor Clínico:

I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição;

II. Fiscalizar o exercício ético da Medicina;

III. Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;

IV. Apresentar à Diretoria da Instituição sugestões que visem à melhoria do atendimento médico;

V. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;

VI. Após ouvir o Corpo Clínico, propor o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento em todas as dependências da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, submetendo-a à apreciação da Direção Técnica;

VIII. Estimular o desenvolvimento de pesquisas, no âmbito da Instituição, garantindo a observância da ética que preside a pesquisa em seres humanos;

IX. Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Instituição;

X. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais;

Art. 7º A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Art. 8º O Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções adequado as características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria Nº MS 2.616/98.

Art. 9º As Comissões Permanentes e Temporárias da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, serão formadas por indicação da Diretoria Geral, em comum acordo com a Diretoria Técnica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificadas e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V- INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Art. 10º Para ingressar no Corpo Clínico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I. Estar devidamente registrado junto ao CRM/GO, apresentando documentação competente;
II. Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM;
III. Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar.

CAPÍTULO VI- INFRAÇÕES

Art. 13º Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

I. Desrespeitar o Regimento Interno;
II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas, disciplinadas ou não no Regimento Interno da Policlínica Regional – Cidade de Goiás;
III. Revelar se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.
IV. Cometer crime nas dependências da unidade, relacionado ou não ao atendimento ao doente.
V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.
VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem da Policlínica Regional – Cidade de Goiás e causar dano ao paciente.

VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.
VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções.
IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Art. 14º A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

§ 1º A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

§ 2º Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ou CRM, para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

§ 3º Nos casos de infração de caráter administrativo e regimento interno, o resultado da sindicância deverá ser enviada ao Diretor Técnico da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, que juntamente com o Diretor Geral aplicará as medidas cabíveis.

Art. 15º As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

I. Advertência Verbal;
II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;
IV. Exclusão do Corpo Clínico.

§ 1º As penalidades aplicadas a nível interno da Policlínica Regional – Cidade de Goiás não eliminam a obrigatoriedade da análise do CRM/GO nos casos de indício de infração de natureza ética.
§ 2º As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão a graduação das penas desse artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.
§ 3º A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

§ 4º Compete ao Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta

CAPÍTULO VII- DOS DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Art. 16º São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I. Frequentar a unidade assistindo pessoalmente aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da unidade;

II. Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na unidade. A utilização de equipamentos e Instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.

III. Auxiliar a administração da unidade e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional, bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e da unidade, respeitando o Código de Ética Médica.

IV. Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

Art. 17º São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários;

II. Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno;

III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;

IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;

V Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;

VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo quando da efetiva liberação do paciente.

VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, médicas, éticas ou jurídicas.

VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX. Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na unidade

X. Colaborar com as Comissões específicas da unidade.

XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

XII. Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares da unidade, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento assistencial de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito e apoio.

XIII. Quando da impossibilidade de manter o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar- se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde

CAPÍTULO VIII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente, devem ser submetidos, pelo médico assistente, à aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por esse indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

Parágrafo segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimentos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, se que isso signifique qualquer limitação à ação do médico.

Parágrafo terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam na Policlínica Regional – Cidade de Goiás, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes na unidade.

Art. 19º Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a da unidade de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Parágrafo primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.
Parágrafo segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário

Art. 20º A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades da Policlínica Regional – Cidade de Goiás ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da unidade, ou mediante autorização destes.

Art. 21º Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Art. 22º Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Art. 23º Revogam-se todas as disposições em contrário.

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM:

Os protocolos de enfermagem se constituem como ferramenta para normatização e ampliação da clínica do Enfermeiro nos diferentes pontos da rede de atenção. Integra múltiplos documentos e recomendações, baseados em evidências em uma ferramenta ampla e concisa.

Objetivos:

– Cumprir a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro;

– Otimizar o processo de trabalho do Enfermeiro;

– Promover atendimento integral ao paciente em que este profissional possui plena capacidade técnica para análise, investigação e tomada de decisão;

– Aproximar os Enfermeiros às diversas diretrizes internacionais da prática de Enfermagem.

– Validar práticas recorrentes nas Unidades de Saúde por necessidade na agilização de processos de trabalho.

Administração de Inalação por Oxigenoterapia

Finalidades:

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração;

- Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Material Necessário:

- 01 bandeja;
- 01 Kit de inalação;
- Medicamento prescrito;
- 01 seringa 10ml;
- 01 agulha 40X12;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Fluxômetro de O2.

Pré - Execução:

- Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);

- Lavar as mãos;

- Preparar o material e colocar na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;

- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Instalar o fluxômetro na fonte de O2 e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;

- Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45º ;

- Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;

- Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;

- Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;

- Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;

- Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material em local pré-determinado;

- Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;

- Lavar as mãos;

- Checar prescrição médica;

- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;

- Expectoração eficiente.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;

- Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

Administração de Medicação Tópica

Finalidades:

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado;
- Realizar as anotações necessárias;

-Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Presença de rubor e calor local.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiologico 0,9%, avisar o médico.

Administração de Medicação Via Endovenosa

Finalidades:

- Administrar solução de medicação direto na corrente sangüínea.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, medicação à ser administrada, 01 seringa, 01 agulha, 01 protetor de conexão 02 vias, 01 bandeja, 01 bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 “C”;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução à ser administrada;

-Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa a conexão;

- Abrir o Clamp;
- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término.
- Proteger a conexão;
- Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;
- Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;
- Em caso de cateter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;
- Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
-Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:
- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

Riscos / Tomada de Decisão:
- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
- Contaminação: Repetir o procedimento;
-Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro / médico com urgência.
- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

Administração de Medicação Via Intradérmica

Finalidades:

- Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 1 ml, 01 agulha 13X4,5, medicação a ser administrada, álcool Swab e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;

- Preparar a medicação prescrita;

- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Identificar a área de aplicação;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antissepsia do local, de cima para baixo;

- Introduzir a agulha 15 graus de angulação, com bisel para cima;

- Injetar a medicação, observando a formação de pápula;

- Retirar a agulha com um movimento único;

- Não esfregar o local;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Administração incorreta de medicamento: utilizar técnica para administração intradérmica;
- Abcesso, ulceração local, necrose do tecido: avaliar condições do local de aplicação, comunicar médico, administrar medicação prescrita.

Administração de medicação via intramuscular

Finalidades:
- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

Material Necessário:
- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 5 ml, 01 agulha de acordo com o paciente, 01 agulha 40X12, medicação a ser administrada, 01 álcool swab e 01 carrinho de medicação, 01 algodão seco.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente na posição adequada para aplicação;
- Proceder a antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega muscular aprisionando o músculo enter o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;
- Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
- Injetar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;

- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de Soro

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro; 01 par de luvas de procedimentos; 01 álcool Swab; 01 rótulo; 01 conector, se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto,horário do início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antissepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;

- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado

Avaliação:

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

Atuação em Cardioversão Elétrica

Finalidades:

- Reversão de arritmias cardíacas.

Material Necessário:

- Máscara ou cateter de O_2 , cardioversor/desfibrilador, pasta condutora, biombo, monitor cardíaco, medicamentos prescritos, carro de urgência.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Checar e testar todo material necessário;
- Fechar as portas ou isolar a área com biombo;
- Observar a voltagem do aparelho em relação a rede local;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Puncionar veia caliborsa ou preparar material para dissecção de veia central, se houver indicação médica;
- Monitorar o paciente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor;
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação;
- Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra para espalhar a pasta de modo uniforme; entregar as pás para o médico;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Promover sedação do paciente, C.P.M.;
- Acionar a tecla liga do painel dianteiro, ligando o aparelho;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Acionar a tecla *SINC* do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo;
- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Manter as pás no tórax do paciente e verificar o rítmo cardíaco, se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho;

- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável;

- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias;

- Supervisionar e avaliar, continuamente, o processo realizado.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;

- Avaliar padrão respiratório.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Em caso de queimadura - Proteger a área c/ gaze Rayon, e seguir prescrição médica;

- Em caso de fibrilação Ventricular - Manter cardioversor em padrão assincrônico e promover protocolo de desfibrilação ventricular;

- Em caso de rebaixamento do nível de consciência manter vias aéreas pérveas, oxigenação adequada,
- Monitorização.

Atuação em Parada Cardiorrespiratória

Finalidades:

-Restabelecer as funções básicas de vida.

Material Necessário:

- Luva de procedimento, material e equipamentos de emergência.

Pré - Execução:

- Constatar PCR (checar responsividade, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração);
- Acionar equipe interdisciplinar;
- Encaminhar material/equipamentos para o leito do paciente (no Departamento de Emergência encaminhar o paciente para a sala de emergência);
- Solicitar a saída de familiares do quarto.

Execução:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, posicionando a tábua sob o tórax;
- Checar ritmo cardíaco através do desfibrilador, posicionando as pás sobre o tórax (nos setores de pediatria deverá ser instalado monitor cardíaco);
- Conectar o ambu a fonte de oxigênio;
- Hiperextender o pescoço;
- Observar a permeabilidade das vias aéreas superiores;
- Adaptar a máscara do ambu sobre a boca e o nariz do paciente, promovendo compressão suficiente para evitar escape de ar;
- Ventilar duas vezes;
- Observar frequência respiratória e cardíaca;
- Posicionar as mãos dois dedos acima do apêndice xifoide, sobre o esterno, e iniciar a massagem cardíaca. Tratando-se de pré-adolescentes. Massagear com uma mão, na mesma região descrita e com dois dedos os recém nascidos;
- Contar o número de compressões em voz alta, solicitando duas ventilações a cada 30 compressões;
- Após um minuto de manobras, avaliar efetivamente o procedimento;
- Continuar a manobra até reestabelecimento do paciente ou chegada da equipe;
- Providenciar acesso venoso calibroso;
- Administrar medicação, conforme solicitação médica;
- Solicitar a um terceiro colaborador, que prepare material para intubação.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Fazer contato com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva para passar o plantão:
-Transportar o paciente com segurança para com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva:
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar prescrição médica;

- Proceder a orientação dos familiares;
- Caso necessário, contatar familiares e médico responsável;
- Acionar o serviço de limpeza;
- Repor materiais e medicamentos.

Avaliação:
- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar fratura/escoriações/queimaduras;
- Avaliar se há obstrução de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:
-Queimaduras: Proteger a área lesada;
- Em caso de trauma em orofaringe, promover, retirar corpos estranhos promover compressão local, verificar avaliação da equipe de Endoscopia / Broncoscopia; em caso de fraturas de arcos costais, verificar lesão preliminar e proceder conforme orientação médica.

Coleta de sangue arterial

Finalidades:

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.

Material Necessário:

- 01 seringa de 01 ou 03ml, escalpe, heparina, 01 par de luva de procedimento, 01 álcool Swab, 01 agulha hipodérmica descartável e 01 oclusor de punção (fornecido pelo laboratório), 01 pacote de gaze.

Pré - Execução:
- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;

- Heparinizar a seringa e o escalpe;

- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o leito e o nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);

- Posicionar o paciente e restringí-lo, se necessário;

- Calçar as luvas;

- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);

- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em uma ângulo de 45º;

- Certificar-se que puncionou a artéria;

- Aspirar a quantidade de sangue necessário;

- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;

- Retirar o escalpe da seringa;

- Proteger a seringa com agulha encapada nova;

- Identificar a seringa com etiqueta do paciente;

- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclusor de punção;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Acondicionar a amostra em geladeira;

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Acionar o laboratório para retirar a amostra;

- Proceder às anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;

- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;

- Contaminação: Observar evolução , acionar DCIH; - Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

Coleta de sangue venoso

Finalidades:

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;
- Auxiliar o diagnóstico.

Material Necessário:

- 01 Seringa, 01 escalpe, 01 garrote, recipientes próprios para a coleta, 01 par de luvas, 01 álcool Swab, 01 oclusor de punção (cedido pelo laboratório), gaze seca; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do paciente;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;

- Fazer antissepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

Avaliação:

- Coleta de material de maneira correta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

Controle de Diurese – Adulto

Finalidades:

- Avaliar a função renal, condições hemodinâmicas do paciente e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 cálice graduado, 01 comadre ou papagaio e 01 bandeja pequena, etiqueta do paciente.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;

- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e familiares quanto ao procedimento;

- Identificar o cálice graduado com a etiqueta do paciente;

- Calçar as luvas;

- Solicitar que o paciente urine na comadre ou papagaio;

- Armazenar o volume urinário no cálice graduado, até o término do período;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;

-Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Perdas e características do material coletado.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Perda do material: anotar a perda, e continuar a fazer o controle da diurese.

Controle de glicemia com aparelho

Finalidades:

- Quantificar a glicose sérica do paciente;

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 Lanceta, 01 álcool Swab, 01 unidade de gaze não esterilizada, 01 lanceteador, 01 fita reagente para sangue, aparelho dosador de glicose e 01 bandeja pequena.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);
- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;

- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

Avaliação:
- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

Riscos / Tomada de Decisão:
- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

Controle de temperatura

Finalidades:
- Detectar alterações na temperatura corpórea.

Material Necessário:
- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

Pré - Execução:

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
- Zerar o termômetro;
- Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
- Proceder a leitura do termômetro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

Avaliação:

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar tempo de mensuração.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.

- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

Curativo de Ferida Limpa

Finalidades:

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, pacote de curativo, gazes, soro fisiológico 0,9%, 01 saco de lixo, 01 tesoura e 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;
- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;
- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;

- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o paciente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:
- Desprezar material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:
- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
-Integridade cutânea.

Riscos/ Tomada de Decisão:
- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

Lavagem Gástrica

Finalidades:

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias, estancar hemorragias gástricas ou esofágicas usando líquidos gelados e remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.

Material Necessário:
- 01 Par de luvas de procedimento, 01 sonda gástrica com o número compatível com o tamanho do paciente, 01 cuba-rim, esparadrapo, micropore, soro fisiológico 0,9% 500ml, 01 seringa de 10ml ou 20ml, 01 tubo de Xilocaína geleia, gaze, 01 coletor de urina aberto ou saco coletor, 01 equipo com injetor lateral.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição médica;

- Preparar material;

- Solicitar o auxílio para a realização do procedimento, se necessário;

- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o leito e o nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Calçar luvas;

- Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria;

- Fixar a sonda com micropore;

- Com a seringa, verificar se reflui suco gástrico ou resíduos;

- Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica;

- Aspirar o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário;

- Fazer lavagem até que o líquido retorne totalmente límpido, ou conforme orientação do enfermeiro / médico;

- Desprezar o líquido em cuba-rim se necessário;

- Observar aspecto, volume da solução retirada;

- Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica;

- Manter o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;

- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar fixação da sonda posicionamento adequado;
- Avaliar distensão abdominal;
- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Mobilização da sonda: Reposicionar a sonda;

-Bronco aspiração: Fazer aspiração naso-traqueal, verificar insuficiência respiratória e manter decúbito elevado;

- Distensão abdominal: Abrir / Aspirar sonda, observar náusea e vômitos;

- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda e se necessário providenciar. reposicionamento.

Transporte do paciente da Cadeira de Rodas / Poltrona Para ambulatório ou sala de procedimentos

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

Material Necessário:

- 01Par de Luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto do paciente;

- Travar a cadeira de rodas;

- Calçar as luvas;

- Colocar um braço sob a axila do paciente, e solicitar que o ajudante faça o mesmo;

- Levantar o paciente e colocá-lo sentado;

- Girar o corpo do paciente, deitando-o;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento correto mantendo medidas de segurança e confortabilidade.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: solicitar ajuda, solicitar avaliação do médico plantonista, comunicar o médico do paciente.

Punção Venosa

Finalidades:

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, micropore (20cm), 01 tesoura, 01 garrote, 01 cateter venoso periférico, --
01 conexão de 2 vias e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;
- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;
- Calçar as luvas;
- Colocar o garrote;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado em um único sentido;
- Segurar o membro a ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;
- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;
- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;
- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;
- Limpar o local da punção, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar o posicionamento adequado do cateter;
- Avaliar o calibre adequado de cateter;
- Avaliar permeabilidade da veia;
- Avaliar se há hiperemia, dor e edema;

- Avaliar a fixação adequada.

Risco / Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;
- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

Retirada de Pontos

Finalidades:

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Material Necessário:

- Bandeja, pacote de curativo, gaze esterilizada, soro fisiológico 0,9%, saco de lixo, 01 par de luvas de procedimento e lâmina de bisturí descartável.

Pré - Execução:

-Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do paciente;
- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);

- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antissepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturí;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

Avaliação:

- Presença de secreção e deiscência.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;
- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

Transporte do paciente da maca para o leito

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca com o leito, observando o lado da cabeceira;
- Travar a maca;
- Calçar as luvas;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo do paciente;
- Levar o paciente da maca para a cama de forma sincronizada;
- Virar o paciente para o outro lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar posição confortável;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente;
- Mobilização de drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação.

Transporte do paciente do leito para a maca

Finalidades:

- Transportar o paciente com restrições na deambulação.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 transfer, 01 maca e 01 lençol.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca ao leito;
- Travar a maca;
- Calçar luvas;
- Colocar o transfer sob o paciente e o lençol;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo da paciente;
- Transferi-lo para a maca de forma sincronizada;
- Virar o paciente de lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar conforto e segurança do paciente;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira para realizar o exame físico e avaliação do paciente;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente e mobilizar adequadamente;
- Mobilização e drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação do paciente e posicionamento correto de drenos e cateteres.

PROTOCOLOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

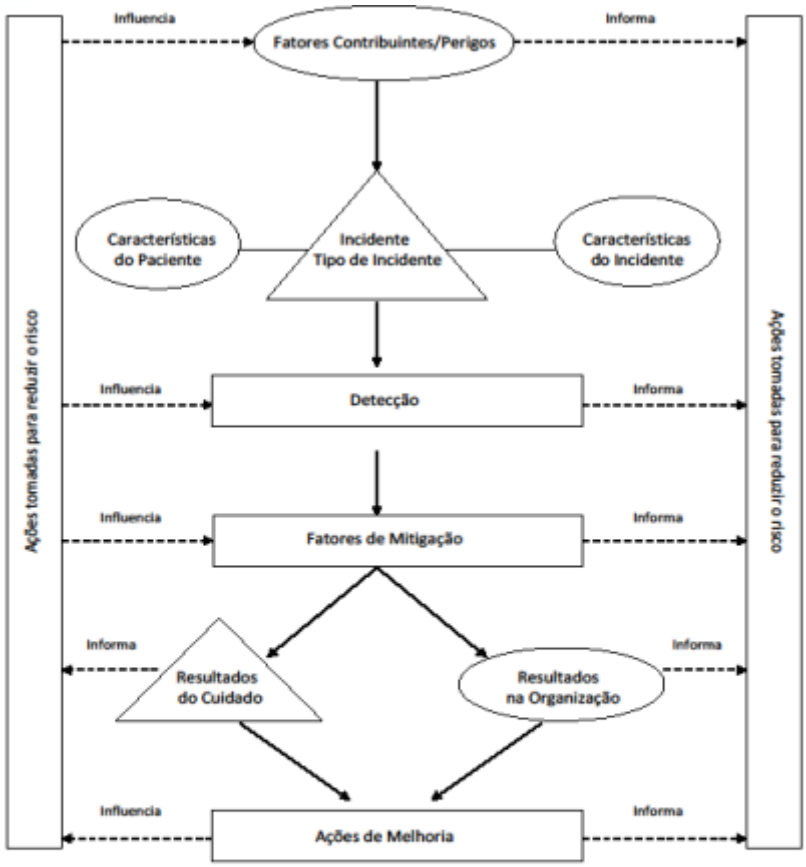
Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente.

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde São planos desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde. Na Figura 2, o esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ajuda a organizar as ações no plano.

Figura 2 – Esquema Conceitual da Classificação Internacional de segurança do paciente da OMS



A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema.

As ações foram diferenciadas da seguinte forma:

• Ações definidas a partir da detecção de um incidente.

• Ações (Fatores de Mitigação) que previnem ou moderam a progressão de um incidente, tomadas depois da ocorrência de um erro que tenha colocado em xeque os mecanismos de prevenção de incidentes existentes.

• Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente. • Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema**.

• Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do ponto de atenção, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado. Para a organização do plano é importante que se conheça os fatores contribuintes, que são circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

Os fatores podem ser:

I. Humanos – relacionados ao profissional.

II. Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho.

III. Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor. IV. Relacionados ao paciente. Exemplo: não adesão ao tratamento. Conhecer e modificar o fator contribuinte de um incidente é uma ação de prevenção primária.

Segurança do paciente	**Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.**
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

PROTOCOLOS

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 20031 .

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de

utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes:

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos. 5. Procedimento operacional

5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS:

O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação. Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente número de prontuário do paciente. Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se

desgastar durante a permanência do paciente na unidade. Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.

A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

5.1.2.Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.

O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, o número de registro do atendimento do serviço de ambulância, a descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

* A administração de medicamentos;

* A administração do sangue;

* A administração de hemoderivados

* A coleta de material para exame

* A entrega da dieta e;

* A realização de procedimentos invasivos.

5.2.2.O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3.A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4. A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7.A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na unidade, a fim de manter a sua segurança.

5.2.8. Peça ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.9. SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

5.2.10. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas

5.2.11. NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.12. NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

PROTOCOLO GERENCIADO: META

COMUNICAÇÃO EFETIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes. Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

2. APLICAÇÃO

Este protocolo deverá ser aplicado nos pontos de assistência de todos os setores da Policlínica Regional – Cidade de Goiás.

3. DEFINIÇÕES

Fidedignas: Aquilo ou aquele que é de confiança, crédito, veracidade.

Imprescindível: Imprescindível é sinônimo de: indispensável, insubstituível, essencial.

Terminologia: Conjunto de termos específicos ou sistema de palavra.

Read Beack: leia de volta.

4. RESPONSABILIDADES

Enfermagem: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

5. DESCRIÇÃO

A comunicação efetiva é relevante em qualquer ambiente. Dessa forma, as instituições reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da Segurança do Paciente.

A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência.

A comunicação é a troca de informações envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. A comunicação efetiva é a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Falhas na comunicação podem causar sérios danos ao paciente.

Nesta instituição ocorrerá através:

- Comunicação verbal presencial;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Sistema informatizado interno;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail;

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

Características essenciais para a comunicação efetiva entre os profissionais.

- Clareza
- Precisão
- Objetividade
- Informações completas
- Informações sem ambiguidade

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade.

A transmissão de informações nas Unidades deve ser realizada na forma:

A passagem de plantão presencial e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais.

Entre horário/plantão: Nome do cliente, diagnóstico médico, estado geral, nível de consciência, dispositivos em uso, exames realizados durante as últimas 24 h, intercorrências e mudanças no quadro de saúde, pendências para os próximos plantões, novas condutas adotadas,

inicio de novas drogas e mudanças na infusão/ concentração, troca de local dos acessos venoso periférico, integridade da pele.

Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Gerências, Coordenadores por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares.

Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave.

Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente a gestão.

Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente.

Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito e o porquê da sua não realização.)

SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA

Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente.

Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos.

Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos. Respeitar

os horários padronizados para as passagens de plantão.

Promover feedback e read beack em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Finalidade: Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

2. Justificativa: Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes.

Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos.

Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde. Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis.

No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos

eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares.

Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como: Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento.

Geralmente possui dose única;

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa; Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde. Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

5.1 Intervenções

5.1.1 Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente: A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

* Nome completo do paciente;

* endereço;

* data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente.

A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento.

Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

b) Identificação do prescritor na prescrição:

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição:

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via.

Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição. É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

f) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omisso, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.

Exemplos de nomes semelhantes: DOPAmina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRIStina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

g) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose.

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como “25 mL”.

Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita.

Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de “0,5g” pode ser confundida com "5g". 5.1.2

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos

atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

c) Padronização de medicamentos: A equipe da Policlínica criará uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo.

A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde. Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

5.1.3 Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico. A expressão "uso contínuo" ou “usar sem parar”, sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

5.1.4 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5ºC. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

5.1.5 Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior

comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

5.1.6 Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode: Acarretar erro na dispensação; e aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

5.1.7 Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.

A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

5.1.8 Pontos de transição do paciente.

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário.

Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição e entre instituições de saúde distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente. O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.

Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

5.1.9 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

5.1.11 Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica. Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração

do medicamento. Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros. As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

PROTOCOLO HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Finalidade:

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2. Abrangência

O protocolo em questão deverá ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde que prestam cuidados à saúde, seja qual for seu nível de complexidade, no ponto de assistência. Entende-se por Ponto de Assistência o local onde três elementos estão presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). O conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos nos momentos indicados, exatamente onde o atendimento ocorre. Isto exige o acesso fácil a um produto de higiene das mãos (como por exemplo, a preparação alcoólica) que esteja tão próximo quanto possível – ao alcance das mãos no ponto de assistência ou tratamento do paciente.

Os produtos “point-of-care”, no local de atendimento, devem estar acessíveis sem haver a necessidade de o profissional sair do ambiente do paciente (WHO, 2009a). A disponibilização de preparação alcoólica para a higiene das mãos no ponto de assistência ocorre, geralmente, por meio de preparação alcoólica portada pelo profissional (frasco de bolso), dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama / na mesa de cabeceira do paciente ou nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a).

Definição “Higiene das mãos” é um termo geral que se refere a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (WHO, 2009a).

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

3.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

3.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

3.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

4. Intervenções

4.1. Momentos As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, seguindo os “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” (WHO, 2009a), ou seja:

* ANTES DE TOCAR O PACIENTE

* ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO

* APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS

* APÓS TOCAR O PACIENTE APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

4.2.1.Indicações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos envolvem (WHO, 2009a):

a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) o após uso do banheiro (II);

b) Se a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de C. *difficile,* é preferível realizar a higiene das mãos com sabonete líquido e água (IB);

c) Usar a preparação alcoólica como meio preferido para a higiene rotineira das mãos em todas as outras situações clínicas descritas nos itens D(a) a D(f) listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Em caso de impossibilidade de obter preparação alcoólica para a higiene das mãos, higienizar as mãos com sabonete líquido e água (IB).

d) Realizar a higiene das mãos: antes e após contato com o paciente (IB); antes de manusear um dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB); após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA); em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente (IB); após contato com superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente (IB); após remoção de luvas esterilizadas (II) ou de procedimento (IB);

e) Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos usando preparação alcoólica para as mãos ou lavar as mãos com sabonete líquido comum ou associado a antisséptico e água (IB);

f) Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

5. Procedimentos Operacionais

5.1. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

5.1.1. Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2010).

5.1.2. Duração do procedimento:

A fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 20 a 30 segundos. 5.1.3. Técnica Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (WHO, 2006):

5.2. Higienização simples

5.2.1. Finalidade

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO ELAS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS! CASO CONTRÁRIO, FRICCIONE AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA AS MÃOS.

Entende-se por mãos visivelmente sujas, as mãos que mostram sujidade visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou excreções corporais (WHO, 2009a).

5.2.2. Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.2.3. Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos (WHO, 2006):

5.3. Higienização antisséptica

5.3.1. Finalidade

Promover a remoção de sujidades e de micro-organismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

5.3.2. Duração do procedimento:

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.3.3. Técnica:

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante (BRASIL, 2007).

6. Estratégia multimodal

Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais.

A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a; OPAS & ANVISA, 2008b) foi proposta para traduzir na prática as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla gama de ferramentas práticas (kit de ferramentas de implementação) prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde. Os componentes-chave da estratégia são descritos a seguir (WHO, 2009a):

6.1. Mudança de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

Isto inclui dois elementos essenciais: acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel toalha; acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência.

6.2. Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

6.3. Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde, e retroalimentando estes resultados (feedback).

6.4. Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

6.5. Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e no qual a melhoria da higiene das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

* a participação ativa em nível institucional e individual;

* a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar (autoeficácia);

* parcerias com pacientes e organizações de pacientes.

Proposta de Elaboração de Manual de Protocolos Assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada.

São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer.

Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

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

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

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

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

• Agilizam e uniformizam o atendimento;

• Facilitam condutas descentralizadas;

• Diminuem a margem de erro;

• São Importantes nos processos de Gestão do atendimento aos usuários;

• São 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;

• Otimiza a produtividade dos trabalhadores;

• Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados na Policlínica, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos na Policlínica Norma Zero.

Após a elaboração todos documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

Como Criar/Padronizar Protocolo Assistencial

Forma para Elaboração de documentos

1.Objetivo: Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.

2. Referência: não aplicável.

3. Aplicabilidade: Nos setores correspondentes à temática do Protocolo

4. Responsabilidades: Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. Materiais Necessários: analisar cada caso

6. DEFINIÇÕES:

Policlínica Regional – Cidade de Goiás

SCIrAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

6.1. Conceitos: Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

Política - Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.

Plano - Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e apões da instituição, relacionadas a um assunto em específico.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção da Policlínica que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades elou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria (Ex. Protocolos clínicos usados no tratamento de paciente Politraumatizados, Protocolo de cirurgia segura, etc).

6.2. Composição de Documentos: Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.

Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo elou atividade a ser realizada.

Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas. Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas; Descrição de Procedimento. Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão: Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas.

Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.

Aprovação Núcleo de Qualidade - Após a revisão do SCIrAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização - Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da

norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá: A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos:

1. Políticas;

2. Protocolos e Planos;

3. POP e Fluxograma;

4. Registro da Qualidade.

7.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos: Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos da Policlínica, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido;

Data da Criação; Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência)

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas na Policlínica:

NOR — Norma

PC - Protocolo Clínico

PLA - Plano

POP — Procedimento Operacional Padrão

POL - Política

PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB

Ambulatório - AUD

Auditoria CC — Centro Cirúrgico

CME — Central de Material e Esterilização

COMP - Compras

DP - Departamento Pessoal

EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia

ENF — Enfermagem

FARM - Farmácia

FAT — Faturamento

FISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas

HIG — Higiene

GTI — Informática

INT — Internação

LAB — Laboratório

LAV — Lavanderia

ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde

NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade

RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

UTI Unidade de Terapia Intensiva

AT Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social

FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia

SND - Serviço de Nutrição e Dietética

PSIC — Psicologia

LAVAN - Lavanderia

DDRH — Recursos Humanos

NSP — Núcleo de Segurança do Paciente

EP — Educação Permanente

ANEST — Serviço de anestesiologia

INST — Institucional

ACUPU - Acupuntura

OUVI - Ouvidoria

SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

* Elaboração do documento

* Revisão do documento

* Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário.

* Aprovação do documento

* Finalização do documento

Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade.

Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos para acesso na intranet.

Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS

Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de especifica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

9.INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão toda Policlínica, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o IBGC todos os colaboradores da Policlínica, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

Protocolos Assistenciais - Medidas de Controle de Qualidade

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do

conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário.

A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais da Policlínica.

LOGOTIPO POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS	PROTOCOLO INSTITUCIONAL	IDENTIFICAÇÃO: PROTOCOLO XXX
NOME DO PROTOCOLO:		
ESPECIALIDADE:		
Executante:		
Resultados esperados:		
Recursos necessários:		
Atividades: • Introdução e descrição do protocolo; • Revisão de Literatura; • Definição e diagnóstico; • Justificativa e Objetivo; • Critérios de Elegibilidade; • Critérios de Exclusão; • Tratamento proposto; • Indicador de monitoramento; • Referências Bibliográficas;		

• Anexos	
Cuidados:	
Ações em caso de não conformidade:	
Elaborado em:	**Responsável:**
Aprovado em:	**Responsável:**
Revisado em:	**Responsável:**

Todas as ações possuem:

Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.

Condições necessárias: situação existente que justifica a ação Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.

Executor: profissional responsável pela ação.

Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.

Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.

Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.

Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores da Policlínica.

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA O FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

É de suma importância conceituarmos o termo faturamento em unidade de saúde, dentro de uma organização complexa com seus departamentos integrados e harmônicos, sendo este o principal e fundamental fator para se alcançar a modernidade e coletividade da organização de saúde. Portanto a principal ideia e meta de um setor que venha faturar um prontuário ou serviço prestado deverão ser integradas ao conjunto, pois será uma atividade de fim, tornando de grande valia o processo elaborativo do mesmo.

Quando nos deparamos com a palavra faturamento, é inevitável associarmos tal vocábulo com a esfera privada de prestação de serviços. Todavia, mesmo nas instituições públicas existe a ação de “faturar”.

Isso porque a busca pela eficácia e precisão em seu faturamento proporciona a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde - MS, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao Estado ou ao Município.

E é nesse ponto que destacamos a propositura deste Manual, haja vista que muito da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e de cunho financeiro.

Sabemos que o financiamento da saúde pública é extremamente oneroso para o Estado, e muita dessa carga pode ser aliviada se a unidade de faturamento cumprir seu papel.

Enfatiza-se a necessidade da regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS.

No caso do da Policlínica Regional – Cidade de Goiás, esta deve receber na sua totalidade, somente pacientes regulados.

O IBGC apresenta como proposta de trabalho para a melhoria do faturamento uma informatização plena de toda a Policlínica, ligada de forma direta com o Complexo Regulador.

Isso evitará a realização de consultas ou procedimentos sem a devida autorização e a perda da informação quando, de fato, o usuário for atendido.

Assim, os processos administrativos ligados à assistência serão revisados e auditados periodicamente para se garantir a eficácia no registro de todos os procedimentos realizados, objetivando o registro da produção real e evitando a perda financeira.

Além disso, a gestão verificará todas as Portarias Ministeriais para buscar a possibilidade e viabilidade de habilitação para o incremento do faturamento.

A revisão da Programação Financeira e Orçamentária e a atualização constante do CNES (profissionais, estrutura física e equipamentos) também será essencial na busca da melhoria do desempenho da unidade.

Outra estratégia é buscar as contratualizações específicas que objetivam reduzir as filas de espera por procedimentos e ao mesmo tempo, repercutem no aumento de receita para as unidades de saúde.

Destaca-se, oportunamente que o IBCG em sua gestão, irá conduzir o faturamento da Policlínica seguindo as normatizações do Ministério da Saúde, as quais são detalhadas em dois manuais:

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS

HISTÓRICO

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 896 de 29 de junho de 1990. Originalmente, o SIA foi concebido a partir do projeto SICAPS

(Sistema de Informação e Controle Ambulatorial da Previdência Social), em que os conceitos, os objetivos e as diretrizes criados para o desenvolvimento do SICAPS foram extremamente importantes e amplamente utilizados para o desenvolvimento do SIA, tais como:

(i) o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias;

(ii) o acompanhamento das ações de saúde produzidas;

(iii) a agilização do pagamento e controle orçamentário e financeiro; e

(iv) a formação de banco de dados para contribuir com a construção do SUS.

A implantação do SIA em todo território nacional aconteceu em 1995 e o sistema entrou em funcionamento com o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), registrando apenas o procedimento realizado e sua quantidade conforme profissional executante, sem identificação do paciente.

Em 1996, foi instituída a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e Alta Complexidade/Custo (APAC). Esse novo instrumento de registro do SIA foi criado para contemplar os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, contendo a identificação do usuário atendido, do profissional executante e do diagnóstico do paciente.

Em outubro de 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 1.230, a tabela de procedimentos ambulatoriais foi ampliada e sua codificação passou a ser de 8 (oito) dígitos.

Posteriormente, foi instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 321 de 08 de fevereiro de 2007, que unificou as tabelas de procedimentos do SIA e do SIH.

A implantação da nova tabela foi iniciada em 2008, mesmo ano em que o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) foi instituído (Portaria SAS/MS nº 709 de 27 de dezembro de 2007).

O BPA-I é um instrumento de registro do SIA que tem como foco a produção realizada por cada profissional de saúde, assim como a identificação do usuário do SUS e seus diagnósticos.

Em março de 2018, o Repositório de Terminologias em Saúde (RTS) foi instituído pela Resolução CIT nº 39, de 22 de março de 2018. O Repositório de Terminologias em Saúde (RTS) é um ambiente virtual nacional para o gerenciamento e publicização de recursos semânticos e modelos de informação padronizados a serem utilizados no setor saúde e visa substituir o

SIGTAP. Em sua estrutura o RTS reúne classificações, nomenclaturas, terminologias, modelos de informação e definições comuns a serem utilizadas nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). É composto de um ambiente de acesso público, onde todos os recursos semânticos e modelos de informação são publicizados, e um ambiente de acesso restrito, onde o seu conteúdo é gerenciado. Recursos semânticos e modelos de informação válidos são periodicamente disponibilizados no RTS para uso nos SIS, mantendo histórico de versionamento permanente. O RTS atende os requisitos de padronização e interoperabilidade semântica dos SIS.

No ano de 2012, foi instituído o Registro das Ações Ambulatoriais da Atenção Domiciliar (RAAS-AD), assim como o Registro das Ações Ambulatoriais da Atenção Psicossocial (RAAS-PSI), ambos vinculados ao SIA. Neste mesmo ano, a Portaria Conjunta SAS/SGEP nº 2, de 15 de março, tornou o Cartão Nacional de Saúde (CNS) o documento padrão e obrigatório para identificar os indivíduos no SIA e no SIH.

Em 2013, com a publicação da Portaria SAS/MS nº 143, de 20 de fevereiro, as consistências cadastrais de estabelecimentos de saúde no SIA passaram a ser realizadas a partir das informações da base nacional de estabelecimentos de saúde do CNES (BDCNES), ao invés de ocorrer por meio das bases de dados locais do SCNES mantidas pelos gestores. Neste mesmo ano, o SIA passou a consultar as informações cadastrais dos usuários do SUS diretamente no CADSUS WEB, tornando possível a consistência dos dados de identificação dos usuários.

Em 2016, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 6, de 25 de agosto, instituiu o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD). O CMD substituirá os principais sistemas de informação da atenção à saúde do país: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), bem como seus subsistemas de coleta e apoio. Será de adoção obrigatória em todo o sistema nacional de saúde, abrangendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde nas esferas pública ou privada, integrantes ou não do SUS.

FINALIDADES

Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o Ministério da Saúde necessitou de um sistema de informação para o registro padronizado, em nível nacional, dos atendimentos ambulatoriais, que possibilitasse a geração de informações e que facilitasse o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial no SUS e para que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais nos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Portanto, as principais finalidades do SIA são:

- Registrar os atendimentos ambulatoriais do SUS de forma padronizada;
- Gerar dados e informações ambulatoriais do SUS;
- Auxiliar no processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS;
- Possibilitar o faturamento ambulatorial no SUS.

FUNCIONAMENTO GERAL E COMPONENTES

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A Organização Mundial de Saúde define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997).

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O SIA é o sistema que permite aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de

captação do atendimento ambulatorial (APAC, BPA e RAAS) pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Os componentes envolvidos na captação e processamento da produção ambulatorial do SUS podem ser classificados como: sistemas de base, aplicativos de captação do atendimento, sistema de processamento, aplicativos intermediários e tabelas necessárias.

Sistemas de Base:

- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES): É o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. Conheça mais sobre o CNES acessando o link wiki.saude.gov.br/cnes.
- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP): É um sistema de gestão da Tabela de Procedimentos do SUS que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, bem como compatibilidades e relacionamentos. Conheça mais sobre o SIGTAP acessando o seguinte link wiki.saude.gov.br/sigtap.

Aplicativos de Captação:

- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA): Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial composto de dois módulos de captação, BPA consolidado (BPA-C) e BPA individualizado (BPA-I).
- Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC): Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para sua execução. Neste aplicativo é digitada a

maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC).

- Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS): Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados procedimentos de atenção psicossocial financiados por meio de incentivos da política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Aplicativos Intermediários:

- Ficha de Programação Orçamentária (FPO): é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física-orçamentária ambulatorial de cada estabelecimento de saúde, sob sua gestão, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com o planejamento anual das ações e serviços e baseada em contrato/convênio com o SUS.

- TRANSMISSOR: é um aplicativo que possibilita o envio dos arquivos do banco de dados local dos sistemas de processamento dos dados de atendimentos no SUS, visando alimentar o Banco de Dados Nacional dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

Tabelas:

- BDSIA: O Banco de Dados do Sistema de Informação Ambulatorial é uma tabela que contém todos os procedimentos, atributos e regras vigentes na competência de processamento, definidas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS - SIGTAP a cada mês, e que possibilitam o processamento da produção ambulatorial. O BDSIA é disponibilizado no (Portal do SIA) para download mensalmente, possibilitando a atualização mensal dos sistemas.

BPA

O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) é um instrumento de captação de atendimentos ambulatoriais que não necessitam, obrigatoriamente, de autorização prévia do gestor. Há duas modalidades de registro: (1) consolidada (BPA-C), que não identifica o indivíduo atendido; e (2) individualizada (BPA-I) que identifica o individuo atendido.

O instrumento de registro de cada procedimento é definido pela Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Vale ressaltar que todos os procedimentos correspondentes a atendimentos em indivíduos e que são passíveis de registro em BPA-C, podem também ser registrados em BPA-I. Recomenda-se que os estabelecimentos de saúde optem por registrar sua produção por meio do BPA-I, tanto pela maior qualidade da informação, quanto pela futura substituição do BPA pelo CMD, no qual todos os atendimentos deverão ser registrados de forma individualizada.

FPO

A Ficha de Programação Orçamentária (FPO) foi implantada no início da década de 1990, quando instituído o Sistema de Informação Ambulatorial — SIA/SUS.

Com a instituição da tabela de 8 (oito) dígitos, a programação físico orçamentária passou a ser elaborada exclusivamente por procedimento, cabendo ao gestor definir o nível de apuração da produção por estabelecimento, permitindo que o saldo do orçamento programado para um determinado procedimento fosse utilizado para outro do mesmo Grupo, Subgrupo ou Nível de Organização.

Ao longo destes anos, várias foram as dificuldades apontadas pelos gestores para realização e atualização da programação física orçamentária, como a programação ser exclusivamente por procedimento, o sistema ser monousuário e não permitir exportação e importação de dados.

Para viabilidade desta nova programação e para proporcionar ao gestor maior agilidade no processo de elaboração da mesma, foi desenvolvido o aplicativo FPO.

Assim, a FPO reúne as seguintes funcionalidades (i) permite o registro da programação físico orçamentária por grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento; (ii) possibilita ao gestor local informar o limite financeiro por tipo de financiamento (MAC e FAEC); (iii) possibilita ao gestor local informar valores a maior para os procedimentos, tendo como base a Tabela de Procedimentos do SUS; e (iv) permite a importação e exportação de dados.

Funcionamento do Faturamento na Policlínica Regional – Cidade de Goiás

O Setor de Faturamento está subordinado à Diretoria Administrativa, devendo obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão da Policlínica.

O Setor de Faturamento é responsável pela conferência dos prontuários, pela confecção e envio das contas hospitalares dos clientes internos e externos, SUS e dos demais convênios contratados pela Policlínica.

RELEVÂNCIA:

Dentre os setores que compõem uma unidade de saúde, o setor de faturamento é de grande importância, pois após todo processo de elaboração para cobrança, conferencia, envio das informações e acompanhamento das informações enviadas de um determinado paciente dentro da conta, será processada pelo setor, resultando em divisas monetárias para a organização e também indicadores, grau de cobertura e assim podemos traçar o planejamento estratégico.

DAS FINALIDADES

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar a quantidade e valor produzido provenientes dos pacientes atendidos na Unidade, tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

1. Planejar e executar faturas ações sejam elas internas ou externas das unidades atendidas.
2. Manter atualizada todas as bases de dados, afim de assegurar a veracidade das informações;
3. Manter acompanhamento constante das informações de pacientes durante seu período de internação.
4. Conservar os sistemas de registros de todas as despesas, tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares, para posteriores cobranças dos clientes de convênios, organizações, seguradoras e previdenciárias;
5. Confecção de relatórios de produção do faturamento encaminhando-o à Diretoria que darão subsídios para tomada de decisões, avaliações do desempenho e da produtividade de instituição.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

• Diretoria Administrativa;

• Gerência Administrativa;

• Faturamento.

AS COMPETÊNCIAS

Ao colaborador do Faturamento compete:

I. Zelar para que sejam devidamente documentados os serviços prestados aos pacientes, evitando assim glosas;

II. Manter-se atualizado às novas deliberações da administração da Policlínica, convênios e órgãos competentes;

III. Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados;

IV. Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários dos clientes;

V. Comunicar a Diretoria quaisquer anormalidades;

VI. Frequentar cursos no que refere a Faturamento em unidades de saúde;

VII. Programar e desenvolver métodos de trabalho;

VIII. Comparecer as reuniões quando convocado;

IX. Cuidar para que o ambiente de trabalho sofra uma continuidade de respeito mútuo entre os colaboradores da seção;

X. Cumprir e fazer cumprir o regulamento des seção;

XI. Fornecer quando necessário dado faturado para que a administração elabore relatórios;

XII. Controlar e zelar por todos os equipamentos da seção;

XIII. Acompanhar o desempenho de seus colaboradores;

XIV.Desenvolver programas de treinamentos aos colaboradores.

HORARIO DE TRABALHO

O Setor de Faturamento trabalha no horário das 08:00 às 17:00 segunda a sexta-feira sempre com intervalo de 1h para almoço.

AS NORMAS

Os colaboradores do Setor de Faturamento obedecerão às seguintes Normas Administrativas:

I. Cumprir o horário de trabalho estabelecido;

II. Estar devidamente uniformizado e identificado;

III. Nenhum colaborador poderá ausentar-se do trabalho sem autorização do seu superior ou da Diretoria;

IV. A seção deverá informar mensalmente á Diretorias os valores faturados;

V. A seção deverá fornecer mensalmente dados para a elaboração de relatórios financeiros;

VI. A seção seguirá determinação de cobranças firmadas em contrato entre a Policlínica e Convênios.

DOS SISTEMAS DE INFORMÁTICA UTILIZADOS

Caberá ao IBGC na gestão e operacionalização da Policlínica Regional – Cidade de Goiás propiciar a aquisição e otimizar os recursos para utilização de um sistema informatizado

e integrado com os demais setores que em conjunto com o faturamento, irão confeccionar a fatura.

DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POPs

Rotinas Básicas

Faturamento Ambulatorial - SUS

Ação / Descrição

• Receber do serviço de atendimento via protocolo, as guias ambulatoriais para faturamento referentes aos exames realizados;

• Verificar quantidade e valor total dos procedimentos de média complexidade digitados e confrontar com o teto físico e financeiro estipulado pela SES;

• Alimentar Planilha de Controle de Faturamento constando os valores da fatura dos procedimentos de média complexidade para disponibilização em meio eletrônico a Diretoria;

• Obter junto à SES, mensalmente, a síntese dos procedimentos de média complexidade apresentados e identificar os procedimentos a serem pagos e os valores glosados e seus respectivos motivos de glosas, providenciando a sua regularização, se passível de correção;

• Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago para recebimento pelo Fundo Estadual de Saúde;

• Reapresentar os procedimentos glosados com as correções necessárias;

• Acompanhar pagamentos das reapresentações/revisões através da síntese de pagamento;

• Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e documentações envolvidas no processo de faturamento

Faturamento Tratamento Clínico – SUS

Ação / Descrição

- Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta, os Laudos para Emissão de AIH preenchidos em duas vias.
- No caso de Laudos para Emissão de AIH inicial, os laudos devem estar com nome do médico autorizador e número da senha (cota direta), requeridos através do site do Órgão Regulador no momento da admissão do paciente.
- Verificar se o preenchimento foi feito de maneira adequada e de forma completa, se não houve rasuras ou erros no preenchimento.
- Levantar os laudos não conformes e devolvê-los ao departamento de Admissão e Alta para efetuar as devidas correções.
- Listar os Laudos para Emissão de AIH com documentação dos pacientes e submetê-los à análise do médico autorizador/regulador designado pela SES (Secretaria Estadual de

Saúde) para autorização.

- Os laudos para emissão de AIH deverão ser encaminhados pelo departamento de faturamento para autorização em até 24 horas após admissão do paciente.
- • Receber os laudos para emissão de AIH devidamente
- autorizados pela SES.
- • Manter os Laudos de AIH autorizados de pacientes internados em pasta específica no
- setor de Faturamento.
- • Emitir relatório do sistema de informática para acompanhar a evolução dos pacientes
- internados, observando a autorização da AIH e o tipo de tratamento que o mesmo
- permanece.
- • Encaminhar ao departamento de Admissão e Alta, informando quais pacientes
- necessitam de trocar a AIH, por ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO (no caso de
- permanência após 45 dias).
- • Receber via protocolo do departamento de Admissão e Alta o espelho da AIH após alta
- do paciente.
- • Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de pacientes
- correspondente ao período de atendimento da AIH.
- • Analisar os dados dos prontuários de pacientes, correspondente e fazer o rascunho do faturamento da conta, e encaminhálos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
- • Encaminhar à SES listagem dos laudos (mapa de produção) para emissão de AIH
- autorizados/codificados de pacientes de alta com dados exigidos pela própria secretaria
- para liberação do sequencial das AIH em até 72 horas.
- • Receber da SES listagem de AIH com numeração do sequencial para faturamento.
- • Digitar os dados da internação levantados na versão atualizada do sistema de
- informática e/ou programa SISAIH, emitir relatório de inconsistências, corrigir os erros
- apontados e gerar as AIH em meio magnético.

- • Salvar dados em pen-drive, junto aos dados das AIH, gerando relatório e capa de lote da
- respectiva fatura.
- • Entregar pen-drive na SES e capa de lote assinada e carimbada.
- • Alimentar Planilha de Controle de Faturamento Mensal, constando o valor total
- faturado referente às Internações SUS para disponibilização em meio eletrônico ao
- Supervisor de Faturamento.
- • Obter junto à SES, os relatórios das AIH aprovadas e rejeitadas.
- • Identificar as AIH glosadas com os respectivos motivos de glosa, providenciando a
- regularização, se passível de correção.
- • Acompanhar junto à SES a divulgação dos valores a serem pagos.
- • Solicitar ao departamento de contabilidade a emissão da nota fiscal do valor a ser pago
- para recebimento pelo Fundo Estadaual de Saúde.
- • Reapresentar as AIH glosadas passíveis de correção, no sistemade informática e/ou
- programa SISAIH com os motivos de glosa correspondentes.
- • Acompanhar e registrar na Planilha de Controle de Faturamento o pagamento das AIH
- reapresentadas.
- • Encaminhar laudos para emissão de AIH autorizados e codificados. Fichas de solicitação
- de procedimentos especiais (quando houver). Espelho da AIH ao Serviço de Arquivo
- Médico e Estatística para arquivamento nos prontuários correspondentes.
- • Manter atualizados os arquivos magnéticos e físicos dos registros e
- documentações envolvidas no processo de faturamento.

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

ANEXO I

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

ANEXO II

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

ANEXO III

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ÁREA DE QUALIDADE

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Ética Médica será composta por ao menos 3 (três) membros que participam das atividades inerentes à sua área de atuação e participarão de suas reuniões (ordinárias e extraordinárias) em condições de igualdade de manifestações de opinião e voto.

O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CREMEGO (Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás).

Todos os membros são considerados TITULARES.

A Comissão de Ética Médica será composta por:

I- Presidente da Comissão;

II- Secretário da Comissão;

III- médicos das unidades;

Deverão ser eleitos pela equipe médica da unidade, devendo haver igual número de suplentes para os casos em que haja afastamento temporário de algum dos membros.

Finalidade:

Atender a Resolução do CFM E CRM no que se refere a obrigatoriedade da Comissão na unidade.

Ademais, caberá a Comissão de Ética Médica fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecidos aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão.

Caberá ainda a essa Comissão, instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto à normas legais que

disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à diretoria técnica da instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CEM:

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Médica – CEM, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizados nesta unidade.

Art. 2º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CREMEGO que exercem atividade assistencial didática, administrativa ou de pesquisa, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os residentes e estagiários, mesmo que estas duas últimas categorias de médicos não participem das escolhas dos membros da CEM.

A CEM tem a função de ser um braço do CREMEGO junto a unidade, fiscalizando o exercício ético da Medicina pelos profissionais e pelos dirigentes da Instituição e instaurando sindicâncias éticas sempre que necessário.

Art. 3º A CEM é autônoma em relação à Administração da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, mantendo-se com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadores e sindicantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art. 4º A Comissão de Ética Médica possui a seguinte estrutura:

I- Presidente e suplentes;

II- Secretário da Comissão;

III-Apoio Administrativo;

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CEM é composta por 3 (três) membros que participam das atividades inerentes a ela e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestações de opinião e de voto.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base resoluções do CFM ou CREMEGO;

§ 2º Todos os membros são considerados TITULARES da Comissão;

Art. 6º Os membros eleitos, escolherão por votação, o Presidente e o Secretário da Comissão.

Parágrafo único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da maioria, procederão a substituição dos membros que exercerão suas funções até o cumprimento do mandato.

Art. 7º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e convocar nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 8º Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam regular com a CREMEGO.

§ 1º - Os membros da CEM, que posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

§ 2º - O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º - Compete à CEM da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

I – Supervisionar, orientar e fiscalizar quanto ao exercício ético e legal da atividade médica;

II- Comunicar ao CREMEGO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III- Comunicar ao CREMEGO o exercício ilegal da profissão;

IV- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando ao CREMEGO quando houver indícios de infração ao CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, sem emitir juízo de valor, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão;

V – Desenvolver atividade educativa através de discussão, divulgação e orientação sobre temas relativos a Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e responsáveis pelos Institutos, Departamentos e Comissões regulares da unidade;

VI – Fornecer subsídios à Direção da Unidade, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

VII – Atuar preventivamente, conscientizando os médicos quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, e outros meios disponíveis;

VIII- Divulgar a CEM aos médicos da instituição, sua constituição, finalidade e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela CEM, seja para os médicos ou usuário, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares;

IX – Manter relações com a Comissão de Revisão de Prontuários e outras pertinentes, através do exame dos relatórios, bem como colaborando na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes;

Art. 10º Compete ao Presidente da CEM:

I- Representar a CEM perante as Direções da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, Comissões e CREMEGO;

II- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

III- Convocar o Secretário, ou na ausência deste membro da CEM, substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV- Encaminhar ao CREMEGO os relatórios de sindicância devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração do Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiverem origem naquele órgão;

V- Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar relatórios à CEM, quando da apuração de sindicância, bem como responder às consultar referentes a assuntos éticos;

Art. 11º Compete ao Secretário da CEM:

I- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

II- Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

III- Secretarias as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

IV- Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos a CEM;

V – Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM;

VI- Zelar pelo patrimônio disponibilizado ao Secretário da CEM;

VII- Proceder as convocações para as reuniões da CEM;

VIII- Proceder as convocações para as oitivas das reuniões;

IX – Lavrar os documentos referentes às reuniões;

X – Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos.

Art. 12º Compete ao Apoio Administrativo;

I – Receber os expedientes encaminhados a CEM;

II – Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise da CEM;

III- Manter arquivo da CEM em ordem;

IV- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

V- Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, o recebimento das cópias das atas das reuniões;

VI – Confecção de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;

VII- Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;

VIII- Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais;

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 13º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto nas chapas formadas, com candidatos a serem membros da Comissão, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, e inscritos regularmente no CREMEGO, exceto os residentes e estagiários;

Art. 14º A convocação da eleição será feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás através de Edital de Convocação a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 15º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico da instituição, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 16º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em anexo à parte, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 17º A CEM será composta por todos os candidatos pertencentes a chapa eleita, tendo sido nessa vigência eleitos 3 (três) membros.

Art. 18º A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 19º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CREMEGO para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 20º 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 a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CREMEGO.

Art. 21º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CREMEGO ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretário da CEM.

Art. 22º O mandato da CEM terá validade de 30 (trinta) meses.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 23º A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 24º As reuniões ordinárias e extraordinárias serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros presentes, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes.

Parágrafo único- Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e Secretário que conduzirá a reunião.

Art. 25º Os atos da CEM relacionados a fiscalização ou sindicância, tem caráter sigiloso.

Art. 26º Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes na reunião, sendo prerrogativa do Presidente o "voto minerva", em casos de empate.

Entretanto, a aprovação de relatórios de sindicância ou assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença dos 3 (três) membros.

Art. 27º As sindicâncias serão instauradas mediante:

I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

II – Denúncia por escrito, da Diretoria Técnica;

III- Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;

IV- Determinação do CREMEGO.

Art. 28º Aberta sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresenta-lo em reunião

ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 29º Instaurada a sindicância, a CEM notifica os citados, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art. 30º Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ao ser ouvidos pela Comissão Sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art. 31º Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuário, que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 32º O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 33º Em qualquer momento, os envolvidos têm direito a consulta e cópias dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por eventual quebra.

Art. 34º Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo de valor.

Art. 35º O membro da CEM presente na reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas, improrrogável, até a realização da próxima reunião.

Art. 36º Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade do recurso junto ao CREMEGO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 37º Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMEGO, para a competente tramitação.

Art. 38º Constatada a existência de indícios de infração Administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, para as providências cabíveis.

Art. 39º Em caso de sindicâncias consideradas de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CREMEGO.

§ 1º Havendo a conciliação, a CEM lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal, com envio de relatório ao CREMEGO.

Art. 40º O membro da CEM, envolvido em sindicância não participará das discussões da análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41º Os casos omissos serão discutidos e encaminhados ao CREMEGO para manifestação.

Art. 42º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREMEGO e quando a CEM julgar necessário.

Art. 43º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Abertura para candidatura	X											
Eleição		X										
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários			X									
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

preenchimento adequado dos prontuários												
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética Médica**.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética Médica**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão de Ética Médica, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Ética em Enfermagem, é formada por enfermeiros e técnicos de Enfermagem como membros efetivos e com seus respectivos suplentes, se houver, de acordo com a Resolução COFEN 593/2018 e Decisão COREN/GO 469/2014, que normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem.

A Comissão de Ética em Enfermagem da unidade de saúde é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, em caráter permanente.

A Comissão de Ética de Enfermagem será um órgão que estará subordinado ao COREN-GO e assessorará Direção Geral e Gerência de Enfermagem da unidade de Saúde, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes e a função de presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro (a).

A Comissão de Ética de Enfermagem tem seus membros, preferencialmente, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, onde o Enfermeiro Responsável Técnico – Gerente do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito, nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade e representantes do COREN-GO e norteada por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores.

Atuação da Comissão é técnico – científica-educativa e sigilosa, não podendo ser punitiva ou coercitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício em

conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) Resolução Cofen nº 0564/2017.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

Membros:

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o quadro funcional de enfermagem da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, tendo um Presidente e um Secretário como membros titulares.

I- A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem.

II- Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

III- Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando esse for enfermeiro).

Finalidade

As ações da Comissão de Ética de Enfermagem, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem:

I – Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

II – Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que julgar necessárias;

III- Denunciar as instâncias superiores, inclusive ao COREN, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV- Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

V- Assessorar a Gerência de Enfermagem, Diretorias Técnica e Geral dentro de sua área de competência;

VI – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação as práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

VII- Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREM-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CEEn da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética de Enfermagem junto à Administração e ao Departamento de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão jdentro da Instituição;

Art. 3º A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

Art. 4º Denunciar as instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Art. 5º Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Art. 6º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Art.7º Colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art.8º Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

Art. 9º Assessorar o Coordenador Geral e de Enfermagem dentro de sua área de competência;

Art. 10º Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN - GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 11º A Comissão de Enfermagem será composta por: 01 presidente, 01 secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: enfermeiro e técnico de enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único – O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por enfermeiro.

Art. 12º As Comissões de Ética serão compostas por: 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem e número de suplentes idêntico.

Art. 13º O tempo de mandato das CEEnf será de 3 (três) anos, sendo admitida uma recondução.

Art. 14º Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 15º Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando este (a) for Enfermeiro.

Art. 16º A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atendam os seguintes critérios:

- Não estar exercendo a função de coordenador geral ou gerente de enfermagem na unidade;

- Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza relacionados ao exercício de sua função;

- Ter no mínimo 02 (dois) anos de inscrição definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 17º Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Art. 18º Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem;

Art. 19º Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética dos profissionais de enfermagem.

Art. 20º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

Art. 21º Conscientizar os profissionais de Enfermagem da necessidade e importância da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações da atitude;

Art. 22º Assessorar e orientar o Diretor Geral e Gerente de Enfermagem da unidade de saúde, os membros da equipe, clientes e familiares, as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissional de enfermagem.

Parágrafo único- Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recursa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Art. 23º Fiscalizar o exercício ético dos profissionais de Enfermagem, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários e das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24º A Comissão de Ética de Enfermagem da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, terá sede, a ser disponibilizada pela unidade de saúde, com infraestrutura básica para seu pleno funcionamento. A Direção Geral e Gerência de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética;

Art. 25º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados;

Art. 26º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 27º As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate;

Art. 28º Os casos omissos, deverão ser resolvidos pelo COREN;

Art. 29º Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Enfermagem e Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética de Enfermagem em votação simples pelos membros;

Art. 30º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 31º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 32º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 33º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 34º Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente; em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 35. São atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem:

I- Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as resoluções exaradas pelo COFEN e decisões do COREN-GO.

II- Colaborar com o COREN na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;

III- Comunicar ao COREN a ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestado ao cliente;

IV- Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;

V- Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo encaminhando-a ao Coordenador de Enfermagem, para as providências administrativas se houver e ao COREN, conforme norma própria;

VI- Solicitar ao Presidente do COREN, apoio técnico de um Conselheiro, quando o fato ocorrido assim o requeira;

VII – Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolado todos os documentos elaborando relatório para arquivamento na Instituição e enviando ao COREN, via web, formulário disponibilizado pelo Conselho;

VIII- Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição;

IX – Manter junto ao COREN o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado;

X- Propor e participar em conjunto com o Coordenador de Enfermagem ações preventivas junto à equipe de Enfermagem.

Art. 36. São atribuições do Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II- Planejar e controlar as atividades programadas;

III- Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à Direção Geral e de Enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

IV – Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN;

V – Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores inclusive no COREN;

VI – Solicitar ao Presidente do COREN, apoio da Superintendência Técnica, quando o caso assim requeira;

VII- Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VIII- Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências;

Art. 37º São atribuições do Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Secretariar as reuniões e registrá-la em ata;

II – Verificar o quórum nas sindicâncias;

III- Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;

V- Organizar arquivo referente aos relatórios da sindicância;

Art. 38º São atribuições dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Eleger presidente e secretário;

II – Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

III – Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

IV- Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento;

V- Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

VI- Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

CAPÍTULO VII

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 39º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II – Denúncia por escrito do Responsável Técnica de Enfermagem;

III- Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Determinação do Conselho Regional de Enfermagem;

Art. 40º - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, 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.

Parágrafo único: O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, deverá ser encaminhado para análise do COREN;

Art. 41º Todos os documentos relacionados com os fatos, quais seja, cópias dos prontuários, livros de registro administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 42º O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 43º Concluída a coleta de informações, a Comissão deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão poderá solicitar diligências para melhorar elucidar os fatos.

Art. 44º Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem para a tramitação competente.

Art. 45º Quando o fato for de menor gravidade e não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatórios para o COREN.

Parágrafo primeiro – Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo segundo- Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 46º Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII

DAS ELEIÇÕES

Art. 47º Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 48º A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que serão responsáveis pela organização, apuração, divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo primeiro – Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem.

Parágrafo segundo – Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidade de Classe de Enfermagem.

Parágrafo Terceiro – 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.

Parágrafo quarto – Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Art. 49º Somente poderá votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 50º A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 51º As chapas inscritas poderão indicar no momento da inscrição até 02 fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização na apuração.

Art. 52º Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 53º 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.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 54º A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética de Enfermagem, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Enfermeiro Responsável Técnico e da Diretoria Geral.

Art. 55º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO Comissão de Ética de Enfermagem											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Abertura para candidatura	X											
Eleição		X										
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao exercício profissional com ética			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Ética de Enfermagem.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da **Comissão de Ética de Enfermagem**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO AMBULATORIAL (membros e finalidade)

Membros:

A CCIA terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes dos setores envolvidos.

São eles:

I- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II- Representante da Diretoria;

III- Setor de Hemodiálise;

IV- Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI -Laboratório de microbiologia;

VII- Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Setor de Procedimento;

X – SADT;

XI – Representante da nutrição;

XII – Representante do SESMT.

Finalidade:

Tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se programa de controle de infecções ambulatoriais o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções na unidade.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CCIA:

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA, FINALIDADE, VINCULAÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é de natureza técnico – científica permanente.

Art. 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Ambulatorial- PCIA.

Parágrafo primeiro – Considera-se Programa de Controle de Infecções Ambulatorial o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções na unidade.

Parágrafo segundo- Entende-se por infecção ambulatorial, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção que se manifeste durante a internação (hospital/dia) (afastando-se possibilidades de ser adquirida antes da investidura do paciente na unidade) ou mesmo após a alta (48 horas), quando puder ser relacionada com a permanência na unidade.

Art. 3º A CCIA vincula-se diretamente a Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. A obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecção ambulatorial pelas unidades de saúde do Brasil é determinada pela Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

A Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial (CCIA) é um órgão de assessoria e auditoria da Direção, que tem a finalidade de orientar, normatizar, executar e supervisionar as normas e procedimentos, para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se como Vigilância Epidemiológica das Infecções Ambulatorial a observação ativa, sistemática, continua da ocorrência e de distribuição das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em pacientes hospitalizados ou não, dos eventos e condições que aumentam os riscos de IRAS com a execução oportuna das ações de prevenção e controle.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I – DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura da CCIA compreende:

I – Colegiado;

II – Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (SCIrAS);

SEÇÃO II – DA COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 5º A CCIA terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes das Unidades envolvidas diretamente no referido programa. São eles:

I- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II- Representante da Diretoria;

III- Setor de Hemodiálise;

IV- Corpo Clínico;

V- Setor de farmácia;

VI -Laboratório de microbiologia;

VII- Enfermagem;

VIII- CME;

IX- Setor de Procedimento;

X – SADT;

XI – Representante da nutrição;

XII – Representante do SESMT.

SEÇÃO III DA COMPOSIÇÃO DO SCIrAS

Art. 6º O serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (SCIrAS) é o órgão executivo da CCIA conforme estabelecido na Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998.

Art. 7º O SCIrAS deverá ser integrado por profissionais com conhecimento em doenças infectocontagiosas, epidemiologia e estatística. O presidente da CCIA será membro do SCIrAS conforme designação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA CCIH

Art. 8º A CCIA compete:

I – Elaborar, implantar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Ambulatorial (PCIA) na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

II- Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Ambulatorial;

III- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções ambulatoriais;

IV – Elaborar, rever e atualizar normas, que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções relacionadas a assistência à saúde;

V- Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VI- Analisar os relatórios apresentados pelo SCIrAS mensalmente;

VII – Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII- Elaborar normas para promover educação dos profissionais da assistência à saúde (PAS) da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

IX- Estabelecer normas referentes à problemática de infecção relacionada a assistência ambulatorial nos setores de equipamento, rouparia, materiais de consumo, hidráulica,

eletricidade, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, esterilização e desinfecção;

X- Examinar e proceder a adequação dos projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções relacionadas a assistência à saúde;

XI- Propor, em conjunto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas;

XII- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção ambulatorial.

SEÇÃO II – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO SCIrAS

Art. 9º Compete ao SCIrAS:

I- Implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecções relacionados a assistência à saúde adequado às características e necessidades da Instituição de acordo com diretrizes da CCIA;

II- Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas a causas da unidade de saúde;

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;

IV- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação das normas técnico-administrativas visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

V – Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas;

VI- Regulamentar medidas de isolamento e supervisionar sua aplicação;

VII- Elaborar e divulgar relatório contendo, no mínimo, as seguintes informações, por serviço (unidade de internação) e referentes a todo a unidade:

a) taxa de pacientes com infecção ambulatorial;

b) taxa de infecção ambulatorial;

c) estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

VIII- Elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções na unidade, aos antimicrobianos padronizados;

IX- Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer propondo medidas a serem executadas;

X- Acompanhar modificações de planta física da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, verificando sua adequação em relação ao problema de infecção;

XI- Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa facilitar infecção;

XII- Supervisionar, nas diversas unidades, as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;

XIII- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área.

XIV- Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções;

SEÇÃO III- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES GERAIS DO PRESIDENTE CCIH/ SCIrAS

Art. 10º Ao Presidente da CCIH/SCIrAS incumbe: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SCIrAS e reuniões da CCIA.

I- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II- Promover a convocação formal das reuniões;

III- Representar a CCIA em suas relações internas e externas;

IV- Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

V- Indicar os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VI- Promover a interação do SCIrAS com a equipe multiprofissional da instituição.

SEÇÃO IV – DAS ATRIBUIÕES DO SECRETÁRIO

Art. 11º - Ao profissional compete:

I – Assistir e redigir as reuniões;

II- Encaminhar o expediente da CCIA;

III- Preparar o expediente a ser submetido a CCIA;

IV- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões;

V- Providenciar os cumprimentos das diligências determinadas;

VI- Lavrar as atas das reuniões da CCIA/SCIrAS;

VII- Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, dentro dos prazos regimentais;

VIII- Elaborar a pauta dos assuntos/expedientes que serão analisados nas reuniões;

IX- Propor e implantar ações administrativas para a manutenção do sigilo quanto ao conteúdo dos assuntos em discussão na CCIA;

X- Assistir ao Presidente na condução dos trabalhos da Comissão;

SEÇÃO V – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA DIRETORIA GERAL

Art. 12º Compete a Diretoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

I- Nomear a CCIA de ato próprio;

II- Proporcionar a infraestrutura necessária para correta operacionalização da CCIA e do SCIrAS;

III- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno;

IV- Garantir a participação do presidente da CCIA nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

SEÇÃO VI – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS

Art. 13º - Aos representantes, membros da CCIA/SCIrAS compete:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das infecções;

II- Fazer investigações de surtos de detecção de pseudosurtos segundo os fatores de riscos ou condições clínicas epidemiológicas desfavoráveis;

III- Ajudar a escrever e divulgar os padrões sobre precauções para controle das IRAS;

IV- Controle do uso de antimicrobiano, feito à nível de farmácia. Racionalizando o seu uso;

V- Ajudar a coordenar o SCIrAS/CCIA;

VI- Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle e infecção;

VII- Padronização e orientação do uso de antimicrobianos usados de forma terapêutica, empírica ou profilática;

VIII- Fazer acompanhamento e controle do uso de antibiótico prolongado;

IX – Controle do tempo de uso de antibiótico juntamente com a farmácia;

X- Controle da resistência e/ou de sensibilidade dos principais germes das infecções;

XI- Ajudar na reciclagem de funcionários, assim como participar junto com o departamento de Recursos Humanos no processo de admissão de novos funcionários;

XII- Orientar e indicar medidas de isolamento e precauções padrões;

XIII- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes, de acordo com as normas de isolamentos padronizadas pela CCIA;

XIV – Acompanhar projetos, reformas e adaptações das instalações prediais;

XV- Manter-se atualizado na área de infecção relacionada à Assistência à Saúde;

XVI- Propor e executar medidas de prevenção e controle da IRAS;

XVII- Incentivar e efetivar a realização de cursos e treinamentos, visando o aprimoramento de técnica cirúrgica em procedimentos invasivos;

XVIII- Propor e participar da adequação e padronização de formulários e pedidos;

XIX- Estabelecer o intercâmbio de informações, sugestões e orientação a todas as unidades;

XX- Periodicamente fazer revisão dos protocolos da Prevenção de Controle de Infecção Ambulatorial;

SEÇÃO VII- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Art. 14º Compete ao profissional de enfermagem da CCIA/SCIrAS, dentre outras funções:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das Infecções Ambulatoriais através do método de busca ativa;

II- Estabelecer e manter registro de infecções por paciente dentro do ambulatório;

III- Fazer a investigação de surtos envolvendo materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica e/ou toxicológica;

IV- Realizar visita às unidades de internação e aos diversos setores da unidade para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;

V- Monitorar a qualidade de esterilização das autoclaves solicitando relatórios ao coordenador da CME mensalmente;

VI- Acompanhar o plano de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da unidade em áreas críticas e semicríticas;

VII- Normatizar, junto com outros membros de CCIA/SCIrAS o uso de germicidas;

VIII-Fornecer junto com outros membros de CCIA/SCIrAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como reformas de instalações prediais;

IX- Elaborar normas para prevenção e controle de infecções ambulatoriais;

X- Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;

XI- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecção ambulatorial;

XII- Acompanhar e examinar os curativos dos pacientes internados, supervisionando sua execução pelo pessoal de enfermagem;

XIII- Realizar e/ou supervisionar a sondagem vesical na técnica correta, verificar uso de coletor fechado quando indicado e verificar tempo máximo de permanência;

XIV- Colaborar com a atualização da equipe de saúde, em relação a novas técnicas utilizadas;

XV- Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da CCIA;

XVI – Manter atualizado na área de controle de infecções relacionada a assistência à saúde;

XVII – Cumprir e fazer cumprir as determinações de Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988.

XVIII- Revisar dados, levantados semanalmente, com os membros da CCIA;

XIX – Promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos, visando a diminuição dos índices de infecção;

XX- Supervisionar a aplicação correta pelos serviços de limpeza, dos germicidas e outros produtos saneantes;

XXI – Supervisionar a correta esterilização e desinfecção de materiais e setores críticos, no que se refere ao tempo de contato, manipulação adequadas e acondicionamento seguro;

XXII – Supervisionar a atividade das unidades de esterilização e rouparia;

XXIII- Supervisionar a correta inutilização ou destino do material descartável, prazo de validade, embalagens seguras, etc.;

XXIV- Investigar os casos de surtos e propor medidas imediatas de controle;

XXV- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Ambulatorial (PCIA);

SEÇÃO VIII – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

Art. 15º Compete ao profissional dentre outras

I- Participar ativamente, através dos mapas a serem elaborados pela farmácia de controle e consumo de antimicrobianos, mapas de sensibilidade/resistência elaborada pelo laboratório de análises clínicas de padronização de antimicrobianos na instituição;

II- Fornecer mensalmente o levantamento de consumo, custos e frequência de uso antimicrobiano por unidade;

III- Participar e acompanhar as tramitações de medicamentos, germicidas e correlatos, analisando a qualidade destes produtos, validade, procedência e legalidade;

IV-Supervisionar o acondicionamento adequado dos germicidas, medicamentos e correlatos, visando a conservação e a eficácia dos mesmos;

V- Preparar ou supervisionar o preparo de soluções, parentais, aminoácidos e outras preparações farmacêuticas de uso magistral ou oficial;

VI – Controlar sob sua responsabilidade técnica e de direção, o uso de drogas tóxicas, ou sujeitas ao regime especial de Vigilância Sanitária (psicotrópicos e entorpecentes);

VII- Estabelecer padronização e o controle de qualidade do material médico hospitalar;

VIII- Auxiliar a farmácia com medidas que garantam o tratamento adequado com antimicrobiano;

IX- Notificar o médico do SCIrAS, posologia e associações incorretas de antimicrobianos.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art.16° - A CCIA reunir-se-á ordinariamente cada mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou em decorrência de proposição da maioria simples de todos os membros. Serão realizadas com presença da maioria absoluta de seus membros, e em segunda convocação, com qualquer número.

Art. 17° - O SCISS reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de preposição da maioria simples dos seus componentes.

PARAGRÁFO ÚNICO - as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas são apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

Art. 18º O Colegiado da CCIA instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 10 componentes;

Art. 19º Quando a pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de quórum;

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º O Presidente da CCIA conjuntamente com seus membros específicos, poderão definir resoluções para situações não previstas no presente Regimento.

Art. 21° - O presente regimento interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIA, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Geral.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO AMBULATORIAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria Geral e Técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Estruturação dos membros da Comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Aprovação dos membros da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO AMBULATORIAL.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO AMBULATORIAL** (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é, segundo a legislação brasileira, uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária, que tem a finalidade de prevenir 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. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, abordará as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes de atividades laborais.

Membros:

Os membros da CIPA deverão ser em 50% indicados pelo Diretor Geral e os outros 50% eleitos pelos colaboradores da unidade, em processo eleitoral formalmente instituído. O tempo de duração da CIPA será de um ano podendo ocorrer reeleição para o ano seguinte. Os candidatos eleitos deverão participar do curso de cipeiros, com duração de 20 horas e direito a certificado de participação.

O dimensionamento da CIPA se dá do seguinte modo:

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2

Finalidade:

I- Observar e relatar condições de risco no ambiente de trabalho e solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos;

II- Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam acidentes semelhantes;

III- Orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes;

IV- 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;

VI- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

VII- 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;

VIII- divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

IX – realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CIPA:

CAPÍTULO I

DA JUSTIFICATIVA LEGAL

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás será instituída em atendimento a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978- Norma Regulamentadora - NR 5 do Ministério do Trabalho e Emprego.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem por objetivo desenvolver atividades voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, à melhoria das condições de trabalho dos empregados da Unidade.

Art. 2º - Para cumprir seu objetivo, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

I. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;

II. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;

III. Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;

IV- Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;

V- Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da Unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;

VI. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;

VII. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

VIII. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pela Unidade;

IX. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

X. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Art. 3º A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

§ 1º - O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de colaboradores da unidade, conforme norma regulamentadora em vigor.

Art. 4º - Os representantes do empregador serão indicados pela direção da Unidade.

Art. 5º - Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

§ 1º É ilimitado o número de inscrições de candidatos para a representação dos empregados.

§ 2º Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço na Unidade.

§ 3º O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

§ 4º - As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da CIPA em vigor, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

§ 5º O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 6º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 7º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

§ 8º - O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 9º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice-Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 10º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em sede disponibilizada dentro das instalações da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

§ 1º - O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

§ 2º - Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

§ 3º - As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

§ 4º - A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Determinar tarefas para os membros da CIPA;

III. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção da Unidade as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;

IV. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho.

Art. 8º - Compete aos Secretários da CIPA:

I. Elaborar as atas das eleições da posse e das reuniões, registrando-as em livro próprio;

II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;

III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;

IV. Providenciar para que as atas sejam assinadas por todos os membros da CIPA.

Art. 9º - Compete aos membros da CIPA:

I. Elaborar o calendário anual das reuniões da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;

III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;

IV. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser re9ulamentado; 5. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Art. 10º - Compete ao Empregador:

I. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;

II. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;

III. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;

IV. Assessorar a implantação da CIPA;

V. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho estabelecidas pelo órgão competente;

VI. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Art. 11º - Compete aos Empregados:

I. Eleger seus representantes na CIPA;

II. Informar à CIPA a existência de condições de risco ou ocorrência de acidentes e apresentar sugestões para melhorias das condições de trabalho;

III. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;

IV. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho.

Art. 12º- Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Delegacia do Trabalho

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e Setor Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção da Unidade.

ATIVIDADES

A instalação e os desenvolvimentos das atividades da CIPA na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás ocorrerão baseados no Regimento Interno e cumprirá os prazos determinados na Norma Regulamentadora, conforme a seguir:

DIVULGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ELEIÇÃO DA CIPA

Ocorrerá até 60 (sessenta) dias, antes da data prevista para a posse dos membros. Quando da existência de CIPA, a divulgação ocorrerá 60 (sessenta) dias, antes do término do mandato dessa Comissão.

A divulgação em Edital indica a data da eleição e solicita a inscrição de candidatos.

INSCRIÇÕES DE CANDIDATOS

Será de 15 (quinze) dias o período mínimo para as inscrições de candidatos.

O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da data da votação.

VOTAÇÃO

Ocorrerá em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos, possibilitando a participação da maioria dos colaboradores, sendo realizada no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes da data prevista para a posse dos eleitos ou término do mandato da Comissão, quando já houver.

CONTAGEM DOS VOTOS

Ocorrerá 1 (um) dia após o encerramento da votação.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA VOTAÇÃO

Será publicado e divulgado, 1 (um) dia após a contagem dos votos, por meio de Edital, a relação dos nomes dos eleitos (Titulares e Suplentes) e dos não eleitos, apresentando-se a quantidade de votos obtidos em ordem decrescente.

TREINAMENTOS PARA OS MEMBROS TITULARES E SUPLENTES

Deve ocorrer antes da posse dos Membros Eleitos.

REUNIÕES ORDINÁRIAS

Deve ocorrer uma em cada mês do ano de mandato.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Divulgação da eleição/período de inscrição dos candidatos/votação/resultado	X											
Treinamento		X										
Posse		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme a Lei de Acesso a Informação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES**: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteada pelo Regimento Interno de Análise e Revisão de Prontuários.

A Comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formado por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc).

Caso a Comissão seja formada por mais 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

O presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será obrigatoriamente médico e acrescida dos seguintes profissionais da Unidade de Saúde:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Finalidade:

As ações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I- Corrigir fatores que não permitindo a continuidade da assistência;

II- Identificar meios que possibilite a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, a comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos de tempo;

III- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente. Informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter;

IV- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para os profissionais de saúde que o utilizam: para fins ético-legais, comprovando a presteza e o correto atendimento ao paciente;

V – Garantir que o prontuário seja uma fonte de pesquisa. Prontuários corretamente preenchidos são preciosos auxiliares para a pesquisa, fornecem dados que possibilitam a realização de trabalhos científicos que irão beneficiar o tratamento das doenças;

VI- Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

VII – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a prática que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

VIII- Através da avaliação dos prontuários, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo eles:

a) número de prontuários avaliados;

b) Taxa (%) de prontuários avaliados;

c) nº de prontuários com identificação completa;

d) nº de prontuários completos em relação a avaliação, exames e resultados de exames;

e) nº de prontuários com letra legível;

f) nº de prontuários com Checklist de procedimento completo;

g) nº de prontuários com ficha anestésica preenchida;

h) nº de prontuários com plano terapêutico;

i) taxa de prontuários com plano terapêutico;

j) nº de prontuários com informe de alta;

l) nº de prontuários sem informe de alta;

m) Taxa (%) de prontuários com informe de alta.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

I.O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente;

II.A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado;

III.O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde- doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico);

IV.O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde, pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e Técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

I. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;

II. Implantar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;

III. Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;

IV. Analisar os impressos e sugerir modificações;

V. Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I.A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

II. 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;

III. 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;

IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

V. Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência;

VI. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

VII. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

VIII. Assessorar a Direção da unidade, em assuntos de sua competência;

IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da unidade, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

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.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu vice-presidente;

III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento interno;

VI. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;

VII. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo Único - As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço;

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;

II. Coordenar as reuniões da Comissão;

III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

IV. Representar a Comissão;

V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º- Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;

Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

III. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

IV. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Artigo 14º - Ao Membro representante do apoio administrativo compete: I. Redigir ata de reunião de forma clara;

II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII

DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a deliberação da maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução Nº. 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, 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.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	X											
Aprovação do Regimento Interno da CARP	X											
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração das ações	X	X										
Definição de indicadores		X	X									
Realizar revisão dos prontuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação de indicadores				X	X							
Criar relatório e emiti-los às Comissões de Ética Médica e de Ética em Enfermagem		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Análise e Revisão de Prontuários**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (membros e finalidade)

Membros:

A constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se dá em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988 do Ministério da Saúde.

Em seu anexo I é estabelecido que: "Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição".

No âmbito de serviços da saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica é de grande importância, para que haja segurança e qualidade na prestação do serviço.

O Ministério da Saúde define a CFT como uma instância colegiada, de natureza técnico- científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e os diversos departamentos de assistência à saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, realizando como atividades principais a seleção de medicamento da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração de formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que possam ser tomada decisões corretas no que se refere aos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

A Comissão será composta por profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

O presidente da comissão será obrigatoriamente um farmacêutico. A Comissão poderá ser composta do seguinte modo:

I – Diretor clínico.

II – Enfermeiro responsável técnico;

III – representante da SCIrAS;

IV- Representante do setor da qualidade;

V- Representante do corpo clínico;

VI- Representante do almoxarifado;

VII- Representante do corpo gestor.

Parágrafo primeiro – além destes existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

Finalidade da Comissão:

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na unidade;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos -hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V- Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médico-hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros.

VI – Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VII- Promover estudos de custos efetividade de medicamentos e insumos hospitalares.

Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110. Telefone +55 62 3954-5006.

Regimento Interno da CFT:

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à Administração e ao Corpo Clínico da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

CAPÍTULO II
DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados na unidade devendo para isso elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Esses materiais devem ser identificados:

I – Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

II – Materiais: nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Art. 3º A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

I – Ser adequado ao perfil da unidade;

II- Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;

III- Resposta ao tratamento com medicação;

IV- Qualidade do produto;

V- Facilidade de armazenamento;

VI – Facilidade de aquisição;

VIII- Valor.

Parágrafo primeiro: Nos casos de solicitação de inclusão de medicamentos o solicitante deverá trazer a comprovação científica que justifique a inclusão na lista de medicamentos padronizados.

Art. 4º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior, que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo primeiro – os membros executores, indicados pela Direção da unidade, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidade e perfil. Dentre os membros efetivos será escolhido o secretário, por consenso ou votação dos membros.

Art. 6º São membros executores:

I- Presidente Farmacêutico;

II – Diretor Técnico/Clínico;

III- Enfermeiro Responsável Técnico;

IV- Representante do SCIrAS;

V – Representante do Setor de Qualidade;

VI- Representante do Corpo Clínico;

VII- Representante do Almoxarifado;

VIII- Representante do Corpo Gestor;

§ 1º - Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar o Termo de Isenção, onde afirmem a ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais na padronização dos produtos de saúde.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na unidade;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V-Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos - hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;

VI- Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos de saúde;

VII- Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos;

VIII- Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

IX- Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos;

X- Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XI- Propor polícia de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos;

XII- Informar o Setor de Compras, através da ficha de reclamação técnica- qualquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais e equipamentos;

XIII- Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XIV- Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

XV- Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XVI- Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médicos – hospitalares ao Setor de Compras;

XVII Realizar especificação dos produtos quando se fizer necessário;

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições do presidente:

I- Providenciar a organização da pauta das reuniões;

II- Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III- conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

IV- Representar a CFT em suas relações internas e externas;

V- Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;

VI – Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VII – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IX- Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9º São atribuições do secretário:

I – Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II- Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III- providenciar material bibliográfico para as reuniões;

IV- Protocolar documento em nome da Comissão;

V- Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI- Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII- providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII- manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT;

Art. 11º São atribuições dos membros e substitutos:

I – Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II- Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo presidente, nos prazos estabelecidos;

III- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV- Apresentar proposições sobre questões pertinentes à Comissão;

V- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções;

Art. 12º - São atribuições dos membros consultivos:

I – Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos;

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º A CFT será presidida por um membro da Assistência Farmacêutica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

Art. 14º A CFT reunir-se-á ordinariamente 1 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros;

Art. 15º As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16º A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas;

Art. 17º As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 (quarenta e oito) de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros;

Art. 18º A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores);

Art. 19º A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (da unidade ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses;

Art. 20º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único – Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21º – De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único – Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22º Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1º Quando da existência de conflitos de interesses declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito;

§ 2º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do presidente;

§ 3º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23º Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único: Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, o quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24º As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da COM da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, para aprovação final.

§ 1º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a COM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§ 2º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25º As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

CAPÍTULO VII

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 26º É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

§ 1º Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário de solicitação.

§ 2º Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico – científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo;

§ 3º Serão adotados prioritariamente:

I – Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada;

II- Na Economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo-efetividade, custo benefício, custo-minimização e custo-utilidade;

§ 4º Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afinas;

§ 5º Caso residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, realizem a solicitação, a mesma deverá obrigatoriamente, constar da anuência escrita do preceptor junto ao formulário de solicitação;

§ 6º Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, devendo estas:

I – Encaminhar cópia da (s) ata (s) constando a deliberação da comissão;

II – A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros;

III- A Comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos:

IV- A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a Comissão demandante para discussão colegiada;

§ 7º Serão padronizados, apenas medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas;

§8º Poderá ocorrer a inclusão de medicamentos na padronização via deliberação do Colegiado Executivo da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, no entanto, caso ocorra, tal alto, sem anuência da CFT, os membros da comissão possuirão isenção de responsabilidade sobre o emprego dos referidos medicamentos, técnica e administrativamente, no âmbito da unidade;

Art. 27º Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos;

§ 1º A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação;

§ 2º A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer;

3º O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação;

4º A critério do (s) parecerista (s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta;

§ 5º A CFT terá 30 (trinta) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao solicitante;

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 28º O (s) medicamento (s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior à 12 (doze) meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

§ 1º Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo, ou considerado mínimo, desde que amparados por foça de legislação específica;

§ 2º Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomporem a padronização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento;

CAPÍTULO IX

REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29º O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 1 (um) ano pela CFT.

§ 1º Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas / especialidades, em face à melhoria na assistência médica prestada;

§ 2º É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos;

CAPÍTULO X

REPUBLICAÇÃO DA LISTA DE MEDICAMENTOS

Art. 30º Serão publicados em Boletim de Serviços:

I- Inclusões;

II- Exclusões;

III- Alteração em descritivo;

Parágrafo único – Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas;

CAPÍTULO XI

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Art. 31º Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I – Preencher o anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não padronizado;

II- Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

III- Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;

IV- As solicitações de compra de medicamentos não padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento do setor da Administração Pública;

V- O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização;

VI- Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta da reunião da CFT;

Art. 32º O formulário “Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não – padronizado”, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF). O representante e membro da CFT, lotado na UAF, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao vice-presidente, para avaliação e emissão de parecer por ‘ad referendum” ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único – Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o (s) medicamento (s) poderá (ão) ser adquirido (s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

I – Observados os requisitos, o prazo mínimo para atendimento é de 24 horas, a contar da autorização para abertura do processo de aquisição, conforme datado no respectivo formulário;

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33º - Este regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria Técnica ou dos membros da CFT mediante deliberação em reunião convocada para esse fim.

Art. 34º A revisão deste regimento entrará em vigor a partir da data de assinatura das coordenações clínica e técnico – administrativa, Diretoria Técnica da unidade e dos demais membros.

Art. 35º Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 36º A revisão geral ou parcial deste Regimento será realizada quando houver manifesta necessidade veiculada através dos membros da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com a Diretoria geral e técnica sobre a indicação dos membros da Comissão	X											
Estruturação dos membros		X										
Aprovação do Regimento Interno		X										
Elaborar programa		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir pareceres		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA: (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Ambulatório do seguinte modo:

I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II. Setor de Apoio Diagnóstico.

III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV. Unidade de procedimento.

V. Engenheiro Clínico.

VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem

Finalidades:

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

A Comissão de Proteção Radiológica tem como finalidades:

I. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

II. Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas

práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998; II. Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da unidade, em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II. Setor de Apoio Diagnóstico.

III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV. Unidade de procedimento.

V. Engenheiro Clínico.

VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção da unidade para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

I. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

II. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

III. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

IV. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

V. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

VI. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II. Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica.

III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;

IV. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações;

V. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;

VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

I. Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição;

II. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;

III. Fazer cumprir o regulamento.

Art. 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

I. Lavrar ata das reuniões;

II. Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

III. Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 10º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11º- O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Proteção Radiológica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Proteção Radiológica	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX **Reunião da Comissão de Proteção Radiológica**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, com representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Ambulatório, do seguinte modo:

I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II. Setor de Apoio Diagnóstico.

III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV. Unidade de procedimento;

V. Engenheiro Clínico.

VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Finalidades:

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

A Comissão de Proteção Radiológica tem como finalidades:

I. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

II. Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998; II. Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II. Setor de Apoio Diagnóstico.

III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV. Unidade de procedimento;

V. Engenheiro Clínico.

VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

I. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

II. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

III. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

IV. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

V. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

VI. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II. Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica.

III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;

IV. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações;

V. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;

VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

I. Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição;

II. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;

III. Fazer cumprir o regulamento.

Art. 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

I. Lavrar ata das reuniões;

II. Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

III. Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 10º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11º- O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Proteção Radiológica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Proteção Radiológica	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras		X	X									
Definir indicadores prioritários da equipe		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX **Reunião da Comissão de Proteção Radiológica**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA (membros e finalidade)

Membros:

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Biossegurança, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros: Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Finalidade:

Dentre os fatores que afetam a segurança dentro da unidade de saúde, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção ambulatorial, dentre outros.

A Comissão de Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança.

Promover ainda o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimio profilaxia e notificação de casos.

Além disto, avalia e alguns parâmetros que devem ser considerados pelos serviços de saúde que irão prestar este tipo de atendimento:

I - Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames, laboratoriais);

II Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;

III - Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimio profilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;

IV Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses;

V - Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;

VI - Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Estão os riscos a serem evitados:

I. Gerenciar riscos de infecções ambulatoriais;
II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;
IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

A Comissão de Biossegurança deverá reunir- se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, usa de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecno vigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecno vigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

Um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar; Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar; Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes; Saneantes de uso de serviços de saúde.

A Comissão de Biossegurança da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção da unidade na formulação de políticas nas áreas de tecno vigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção ambulatorial, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de biossegurança para o corpo técnico da unidade e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes.

A forma de trabalho inicial será direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno:

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

I. Gerenciar a situações de risco da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas de serviços de saúde de uso contínuo;

IV. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente;

V. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º. A Comissão de Biossegurança deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Ambulatorial e administração sendo:

I - Coordenador;

II - Farmacêutico;

III - Nutricionista;

IV - Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;

V - Enfermeiro (a);

VI - Representante do Serviço Administrativo;

VII - Técnico de Segurança do Trabalho;

VIII – Engenheiro.

Artigo 3º. A Coordenação da Comissão de Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. A Comissão de Biossegurança da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;

II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção da unidade;

IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;

VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;

VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;

VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos da unidade;

X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco da unidade;

XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação da unidade.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º. A Comissão de Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º. É competência da Comissão de Biossegurança:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pela unidade;

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito dos serviços de saúde sempre que ocorrerem;

VIII. Notificar o Setor de Compras quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO da Comissão de Biossegurança											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação a Comissão de Biossegurança	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaborar o programa de atuação	X	X										
Elaborar programa de palestras para minimização de riscos		X	X									
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX **Reunião da Comissão de Biossegurança.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário da Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Resíduos dos Serviços de Saúde da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é constituída em atendimento à Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

No âmbito da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás a Comissão será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteada por Regimento Interno com proposição de reuniões periódicas e atas registrando todas as atividades, além de relatórios a serem criados e compartilhados com a SES/GO e divulgados ainda, aos colaboradores.

A Comissão em tela, terá atuação técnico-científica-educativa e sigilosa, e não punirá nem agirá coercitivamente no âmbito de suas atribuições.

A Comissão será composto por membros do quadro funcional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, devendo ser constituída preferencialmente pelos seguintes profissionais:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMET OU SOST);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V- Representante da Divisão de Enfermagem;

VI- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VII-Representante do Conselho Gestor.

Finalidade:

As ações da CRSS da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrangem a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Almeja-se com esta comissão orientar a diretoria sobre as medidas que se fizerem necessárias, analisar os indicadores .das avaliações, verificar a correta segregação de rejeitos e principalmente atingir qualidade na realização dos processos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno da CRSS:

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecimento da mesma junto à Administração.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º - É finalidade desta Comissão:

I- Gerenciar todas as etapas relacionadas ao manejo dos resíduos produzidos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 e Resolução 358/2005 – CONAMA.

II- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

III- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A CRRS da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverá ser composta por representantes de todos os setores, com formação mínima de nível médio, preferencialmente do seguinte modo:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMET OU SOST);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V-Representante da Divisão de Enfermagem;

VI- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VII-Representante do Conselho Gestor.

Art. 4º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, compete:

I- Aprovar, planejar e coordenar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

II- Coordenar a elaboração de indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

III- Supervisionar o orçamento e a execução do PGRSS na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

IV- Promover, em parceria com a Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a educação permanente da própria Comissão e dos demais colaboradores com o objetivo de oferecer subsídios para o adequado gerenciamento dos resíduos;

V – Encaminhar para ciência e avaliação da Diretoria Colegiada da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás as demandas surgidas, se necessário;

VI – Elaborar Relatório Anual de atividades;

VII- Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

VIII – Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de resíduos da unidade;

IX- Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidade pelo gerenciamento de resíduos;

X – Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de resíduos;

XI – Promover a cultura de Segurança Institucional, no que se refere ao manejo dos resíduos gerados na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Art. 5º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde instalar-se e funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º As reuniões ordinárias ocorrerão na última quinta-feira de cada mês, das 09 às 10 hs no auditório.

Parágrafo único – Em casos extremos e fundamentados, o horário, dia e local das reuniões poderão ser alterados pelo Presidente, desde que avisados todos os membros com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 7º As reuniões da Comissão, ocorrerão ordinariamente mensalmente, ou extraordinariamente por convocação de seu Presidente ou mediante requerimento da maioria de seus membros.

Art. 8º - As reuniões ordinárias e extraordinárias terão a duração de 1 (uma) hora, podendo ser prorrogadas ou encerradas antes do tempo fixado, no caso de se esgotar a pauta dos trabalhos ou ocorrer algum fato que a juízo do presidente e ou dos membros assim o exija.

Art. 9º As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio eletrônico (e-mail), com antecedência mínima de 7 (sete) dias da data da respetiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 10º Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata as deliberações resultantes.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º Ao Presidente da Comissão de Resíduos, compete:

a) presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;

b) emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

c) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

d) cumprir e fazer cumprir este regimento;

Parágrafo único – O presidente da Comissão poderá ser substituído, pelo vice-presidente.

Art. 12º - Compete ao vice-presidente:

I – Realizar a suplência na ausência do presidente;

II- Participar como membro da comissão.

Art. 13º Compete aos membros da Comissão:

I – Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

II- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;

III- requisitar a Secretaria-Executiva, a Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

IV- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 14º Compete aos membros consultivos da Comissão:

I- Todos os itens acima descritos, assim como orientar, fiscalizar, auxiliar e aconselhar na solução dos problemas da CRSS e SGRSS.

Art. 15º Compete à Secretaria Executiva da Comissão:

I – Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;

III- expedir ato de convocação de conformidade com o que estabelece os arts. 8º e 9º do presente regimento.

IV- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas para Comissão;

V- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 16º É competência da Comissão de Resíduos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

I- Estabelecer critérios técnicos para o planejamento e execução do PGRSS da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

II- Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento e legislações de gerenciamento de resíduos/adequações diversas;

III- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos.

IV- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V- Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização do PGRSS;

VI- Divulgar aos serviços as alterações realizadas no âmbito da unidade de saúde sempre que ocorrerem;

VII- Levar ao conhecimento da Diretoria Colegiada a ocorrência de irregularidade ou não conformidades, relacionadas ao gerenciamento de resíduos;

VIII- Participar de campanhas, eventos, educação continuada dentre outros, sobre o manejo dos resíduos.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 17º A Comissão é composta pelos seguintes representantes:

I – Presidente;

II- Vice- Presidente;

III- Secretário;

IV- Membro da SCIrAS;

V- Membro da Diretoria Administrativa;

VI- Membro da Hotelaria;

VII- Membros das empresas terceiras;

VIII – Demais profissionais de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

I - GT – Infectante;

II- GT- Químicos;

III- GT- Radioativo;

IV- GT – Comum;

V- GT – Recicláveis.

Art. 19º Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 20º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 21º A presente resolução entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criar a Comissão	X											
Elaboração do PGRSS	X											
Aprovação do Regimento Interno		X										
Desenvolver plano de ações para implantação e treinamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, PGRSS	X	X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de pesagem dos resíduos gerados nos meses anteriores e analisar variações e incidentes, elaborando relatório.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussões de medidas educativas e eficácia da implantação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da **Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E QUALIDADE (membros e finalidade)

Membros:

A Comissão de Avaliação e Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por 02 (dois) representantes do quadro de colaboradores da assistência, 02 (dois) da Gerência Administrativa e 02 (dois) da área de Ensino e Pesquisa capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

A escolha dos membros da Comissão de Avaliação e Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Finalidade:

O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente e eficiência na gestão.

A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da unidade e oportunidades de melhorias.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Avaliação e Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2º A Comissão de Avaliação e Qualidade da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa IBGC de Gestão da Qualidade e no Guia IBGC de Avaliação da Qualidade. A avaliação interna, também designada de auto avaliação, consiste na avaliação da unidade realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 3º A Comissão de Avaliação e Qualidade é um órgão de assessoria direta da Diretoria Geral formado por profissionais da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás qualificados para o planejamento e execução da avaliação de qualidade.

Art. 4º A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas da unidade frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade.

Art. 5º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente e eficiência na gestão.

§1º A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da unidade e oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional da unidade, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação e Qualidade por portaria institucional. Deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de toda a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação e 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 de Avaliação e Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por 02 (dois) representantes do quadro de colaboradores da assistência, 02 (dois) da Gerência Administrativa e 02 (dois) da área de Ensino e Pesquisa capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 8º A escolha dos membros da Comissão de Avaliação e Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação e 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 de Avaliação e 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 na unidade.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 10. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela Diretoria Geral.

Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 11. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo e matrícula dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela Diretoria Geral.

Art. 12. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13. A Comissão de Avaliação e Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 14. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação e Qualidade;

III - Realizar a avaliação interna na unidade;

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;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela Diretoria Geral.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 15. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração;

VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX - Encaminhar à Diretoria Geral da instituição 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 VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 16. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno da unidade, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da Policlínica, à missão, visão e valores da mesma.

Art. 17. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação e Qualidade.

Art. 18. 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 06 (seis) membros.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação e Qualidade no ano subsequente.

Art. 19. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 20. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à Diretoria Geral, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 21. A participação na Comissão de Avaliação e Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária

necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 22. 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. 23. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 24. A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás 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 VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 25. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1º Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2º A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 26. O chefe do setor a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 27. 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. 28. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas.

Art. 29. A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes do setor a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 30. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade.

Art. 31. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 32. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 33. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis do setor 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. 34. 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. 35. 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. 36. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 37. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições dos setores avaliados. Essa decisão deverá ser comunicada ao setor avaliado em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 38. O relatório final deverá ser assinado via SEI pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pelo setor avaliado.

Art. 39. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a Diretoria Geral/Alta Governança a cada três meses.

Art. 40. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 41. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores da unidade ao Serviço de Gestão da Qualidade da Sede do IBGC.

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas, publicado em documento específico.

CAPÍTULO X

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 42. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 43. A elaboração do plano será realizada por cada unidade.

Art. 44. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de e da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 45. Cada Setor terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade.

§1º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação e Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelo Diretor Geral antes do envio a SES/GO.

§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. 48. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Art. 49. A Comissão de Avaliação e Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 50. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação e Qualidade e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO Comissão de Avaliação e Qualidade											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação da Comissão de Avaliação e Qualidade	X											
Treinamento		X										
Posse		X										
Aprovação do Regimento Interno da Comissão		X										
Reunião Ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer à partir dos setores visitados de modo a potencializar melhorias			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião da Comissão de Avaliação e Qualidade

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da **Comissão de Avaliação e Qualidade** (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (membros e finalidade)

Membros:

O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);

II. Um representante do corpo clínico;

III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;

IV. Um representante da CCIA;

V. Um enfermeiro;

VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;

VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;

IX. Um representante de algumas das Diretorias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

Finalidade:

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência.

Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado.

Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde.

Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NQSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras Providências.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO II

NATUREZA E FINALIDADE

Art.3º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada Diretoria Geral.

Art. 4º O NQSP tem por finalidade assessorar a superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de serviços de saúde voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da unidade, de forma a fortalecer a gestão em saúde e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º 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;

VIII- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

IX- Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º 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 Qualidade 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 . 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;

X. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade;

XIV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XV. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVI. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Diretoria Geral quanto ao NQSP:

I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;

II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;

III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;

IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas da unidade.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);

II. Um representante do corpo clínico;

III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;

IV. Um representante da CCIA;

V. Um enfermeiro;

VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;

VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;

IX. Um representante de algumas das Diretorias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

Art.9º Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria Geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

I. Por iniciativa própria.

II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.

III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

V- CAPÍTULO

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e 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. 11º 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 do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12º 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 Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Diretoria Geral.

Art. 13º 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; e

V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14º 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. 15º 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 NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretor Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Art. 17º As reuniões do NQSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 18º O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NQSP.

Art. 20º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21º 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 IX

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22º - O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo seu secretário e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23º - São consideradas atividades administrativas:

I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQSP;

II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP;

III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NQSP da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás usará a estrutura física cedida pela Diretoria Geral para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 24º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro colaborador para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26º - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NQSP nas reuniões.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27º - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28º - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 29º - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	X											
Elaboração do Plano de Qualidade e Segurança do Paciente		X										
Aprovação do Regimento Interno												
Desenvolver plano de ações da Comissão	X	X										
Elaboração de programa de palestras	X	X										
Reunião de Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementação dos protocolos de Qualidade e Segurança do Paciente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de eventos adversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da Comissão à SES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX Reunião do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros do Núcleo (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Núcleo, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (membros e finalidade)

Membros:

A Norma Regulamentadora nº 4 – Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT prevê que as empresas devem, obrigatoriamente, manter o SESMET com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, sendo que o dimensionamento do serviço vincula-se a gradação de risco da atividade principal da empresa e ao número total de empregados do estabelecimento, devendo ser observado o quadro II da NR-4 que estabelece quais quantos profissionais (Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho deverão compor o SESMT.

Atuação do SESMT é de promover a saúde e integridade física e reduzir acidentes e doenças ocupacionais.

O SESMET da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás será composto por 01 Engenheiro de Segurança do Trabalho;

01 Médico do Trabalho;

01 Enfermeiro do Trabalho;

01 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

04 Técnico de Segurança do Trabalho

Finalidade:

O SESMET tem como função precípua proteger os colaboradores da unidade, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, ou até mesmo eliminar os riscos existentes à saúde e segurança dos trabalhadores.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste regimento interno objetivam a padronização de critério importantes para melhorar o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, estabelecendo condições mínimas de composição, almejando ainda, fortalecer o SESMET junto à Administração.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho tem por finalidade proteger o funcionário em seu local de trabalho, promovendo a saúde e integridade física e reduzindo acidentes ou doenças ocupacionais, conforme NR 4.

Art. 3º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica e Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho terá composição conforme dispõe o dimensionamento da NR4, na forma que segue:

I- Representante da Diretoria Administrativa;

II- Representante da Diretoria Técnica;

III- Representante da Gerência Administrativa;

IV- Engenheiro de Segurança do Trabalho;

V- Médico do Trabalho;

VI- Enfermeiro do Trabalho;

VII – Auxiliar de Enfermagem do Trabalho;

VIII- Técnico de Segurança do Trabalho;

Parágrafo único – Entre os membros deverá estar o responsável pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, obrigatoriamente.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º É de competência do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores da unidade, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade e segurança do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais e através destas:

I- Aplicar os conhecimentos do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos de modo a reduzir e até eliminar os riscos ali existentes a saúde do trabalhador;

II- Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e esse persistir, mesmo reduzido a utilização pelo trabalhador de equipamentos de proteção individual de acordo com a NR 6, desde que a intensidade ou característica do agente assim o exija.

III- colaborar quando solicitado nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da unidade.

IV – Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quando ao cumprimento do disposto nas NR's aplicáveis as atividades executadas na unidade ou de seus estabelecimentos;

V- Manter permanentemente relacionamento com a CIPA valendo-se o máximo de suas observações além de apoiá-la, treiná-la e atende-la;

VI- Promover 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. 6º Compete aos membros nomeados da Comissão eleger o Presidente e o Secretário através de votação simples dos membros da comissão, o Vice- Presidente será indicado pelo Presidente eleito da Comissão.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º O Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás terá sede em locação a ser disponibilizada pela unidade de saúde, com infraestrutura básica para seu funcionamento;

Art. 8º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente com local e horário, previamente definidos e informados.

Art. 9º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 10º As decisões consideradas resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 11º O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 12º Todos membros serão nomeados pelo Diretor Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

Art. 13º As decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 14º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e das ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15º As reuniões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata de reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 17º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas durante um ano.

Art. 18º Nenhum membro do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente ou seu vice-presidente em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pelo Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19º São atribuições do presidente do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, além das outras instituídas neste regimento:

I- Encaminhar a pauta da reunião para o secretário da Comissão fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedência das reuniões ordinárias;

II- Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Gerências ou Diretoria da instituição, ou indicar seus representantes;

IV- Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, normatizar as rotinas de fiscalização e acompanhamentos das boas práticas da segurança do trabalho, previamente aprovados pelos membros desta.

V- Coordenar a elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA da instituição adequando-os às formas de lei específica.

VI- Estabelecer um programa de atividades e metas para o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho definindo prazos a serem cumpridos;

VII- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais PPRA.

VIII – Fazer cumprir o regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

IX- Nas decisões do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de seu voto, terá o voto de qualidade (voto minerva).

Art. 20º Ao vice-presidente do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho, além de outras instituídas neste regimento, é atribuído:

I – Assumir as atividades do presidente na sua ausência, presidindo as reuniões coordenando os debates;

II- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

III- Zelar pelo sigilo ético das informações e cumprimento do regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

Art. 21º São atribuições do Presidente e vice-presidente, em conjunto:

I- Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II- Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III – Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV- Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento;

Art. 22º São atribuições da Secretaria do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Receber e protocolar os processos e expedientes;

II- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

III- Convocar os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho para as reuniões determinadas pelo presidente;

IV- Organizar e manter o arquivo do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho;

VI- Solicitar aos demais setores e/ou comissões documentação necessária a avaliação, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Art. 23º São atribuições de todos os membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho:

I – Participar de todas as reuniões convocadas e em caso de situações que inviabilizem sua participação realizar por escrito a justificativa para a falta;

II- Desenvolver e participar ativamente das atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes;

III- Ser um agente ativo no que se refere aos assuntos de educação e prevenção de acidentes do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho na unidade a qual representa e em toda a unidade em saúde;

IV- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas ser entregue ao secretário do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho e aos demais membros, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pelos membros do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho em conjunto com a Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

Art. 25º A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, ou por mudança no ordenamento jurídico pertinente, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 26º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação o Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Elaboração do Plano de Implantação da Brigada de incêndio e verificação do sistema geral de incêndio da unidade	X	X	X									
Elaboração do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA da unidade			X	X	X							
Gerar relatório da reunião		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisar o relatório de acidentes de trabalho do mês		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discorrer sobre a eficácia da implantação dos planos e programas								X	X	X	X	X
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX **Reunião do Serviço Especializado em Engenharia e Segurança e em Medicina do Trabalho**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros da Comissão (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário desta Comissão, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)
(membros e finalidade)

Membros:

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais que atuam na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética Médica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro do CEPC.

O mandato dos membros do CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução. O CEPC será coordenado por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares do CEPC.

Finalidades:

- Preservar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa;

- Contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade;

- Contribuir para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada;

- Revisar os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição;

- Emitir parecer consubstanciado por escrito;

- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;

- Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO).

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

Regimento Interno

CAPÍTULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma.

Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás sem prévia avaliação e aprovação do CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Artigo 2º - O CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás está subordinado administrativamente ao Departamento de Ensino e Pesquisa da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás (DEP- Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás) e a Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 3º - A escolha dos membros do CEPC deverá estar em conformidade com a Res. CNS nº 196/96, com anuência da chefia do SES/GO e da Diretoria Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Artigo 4º - Os membros do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer

qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÌTULO II

ORGANIZAÇÃO

Artigo 5º - A organização e criação do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS nº 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa Cientifica da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

Parágrafo 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEPC.

Parágrafo 3º - Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Artigo 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEPC, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Artigo 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Artigo 9º - O CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEPC, com experiência na área de pesquisa.

Parágrafo 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

Parágrafo 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Artigo 10º - Os membros do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

Parágrafo 1º - Os membros do CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros do CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 11º - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEPC nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada;

II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada;

III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS

Artigo 12º - Ao CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás compete:

I. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na unidade e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas;

II. Manter atualizadas as normas de funcionamento;

III. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;

IV. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;

V. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS nº 196/96;

VI. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares;

VII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;

IX. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo;

X. Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Artigo 13º - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, conforme Res. CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo;

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Artigo 14º - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;

II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias; III. promover a convocação das reuniões;

III. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;

IV. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Artigo 15º - Aos membros do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;

II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir parecer ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 16º - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré - análise dos mesmos;

II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais realizadas semanalmente;

III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e das pendências emitida pelos relatores;

IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;

IV. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa, difundindo os princípios, as normas e as legislações vigentes;

V. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Artigo 17º - Aos secretários da CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás compete:

I. assistir às reuniões;

II. encaminhar o expediente;

III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;

VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. distribuir aos membros da CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás a pauta das reuniões.

CAPÍTULO V

DAS PESQUISAS

Artigo 18º - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

Parágrafo 1º - Aspectos Legais: Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

Parágrafo 2º - Aspectos Morais: O CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás tem deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

Parágrafo 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do

Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas;

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia;

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa

CAPÍTULO VI

FLUXO ADMINISTRATIVO

Artigo 19º - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada;

II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto;

III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada;

IV. Projeto de Pesquisa em Português;

V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa);

VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa);

VII. Currículo dos pesquisadores;

VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);

IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);

XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas de serviços de saúde, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Artigo 20º - O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:

I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;

II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;

III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;

IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/GO;

VI. O CEPC Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverá encaminhar semestralmente à CONEP/GO a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Artigo 21º - O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:

II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/GO, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEPC;

III. Uma vez aprovado o projeto, o CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás passa a ser cor responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;

IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/GO e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

IX. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

X. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/GO;

XI. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/GO), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Artigo 22º - O CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

Parágrafo 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

Parágrafo 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

Parágrafo 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência;

Parágrafo 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Artigo 23º - Qualquer membro do CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Artigo 24º - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;

II. verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;

III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;

V. leitura e despacho do expediente;

VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VII. organização da pauta da próxima reunião;

VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;

IX. encerramento da sessão.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 25º - Estando o CEPC da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/GO, todas e

quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Artigo 26º - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEPC.

TEMAS	CRONOGRAMA MENSAL DE IMPLANTAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa Científica											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação do Comitê de Ética em Pesquisa Científica	X											
Aprovação do Regimento Interno	X											
Apresentar proposições sobre as questões atinentes a CEPC e elaborar plano de trabalho	X	X	X									
Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes na unidade		X	X									
Elaborar protocolos de pesquisa envolvendo humanos		X	X									
Reunião com equipe estratégica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatórios técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE I - MODELO REGISTRO DE ATA

ATA da XX **Reunião do Comitê de Ética em Pesquisa Científica**

Aos XX dias do mês XXXXX de dois mil e XXXX, às XX horas, na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, reuniram-se os membros do Comitê (nomes dos membros participantes, seguidos do cargo, em letra maiúscula), para o cumprimento da seguinte 01 - PAUTA XX: (descrever o assunto da pauta) – (A) Abertura dos trabalhos e verificação do quórum, (nesta, citar as ausências que possam acontecer, justificando-as ou não. Do contrário inserir "com presença de todos os membros"), (B) – Leitura, discussão e aprovação da ata da última reunião (a partir da segunda); (C) - _____(D) - _____

02 – COMUNICADOS: (A) - _____ (B)- _____(C) - _____

03 – ASSUNTOS GERAIS: (A) - _____ (B) - _____ (C) - _____

Nada mais havendo a tratar, às XXX horas e XXX minutos foi encerrada a reunião e lavrada a presente ATA, assinada por mim, secretário deste Comitê, do Presidente e dos demais membros presentes na reunião.

Assinatura dos participantes:

1 –

2-

3- ....

AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA

ITEM: ACOLHIMENTO

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás

O que é acolhimento?

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário.

A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento, estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde esperava consolidar suas diretrizes específicas como: o acolhimento, a gestão democrática, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Buscando assim diminuir filas e tempo de espera, um atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do modelo de atenção com responsabilização e vínculo, visando garantir eficácia tanto em relação ao usuário quanto ao trabalhador da área.

Nesse contexto de humanização, a capacitação profissional pode ser avaliada como um processo organizado de educação, ao qual as pessoas enriquecem seus conhecimentos, amplia suas capacidades e melhoram suas aptidões no desenvolvimento profissional.

Sendo as estratégias traçadas para alcançar uma assistência humanizada no primeiro atendimento feito pela recepção, é de grande êxito e com melhora significativa para pacientes que ali chegam para ser atendido, fazendo com que os mesmos se sintam acolhidos com singelos gestos de atenção no primeiro atendimento.

O ATO DO RECEPCIONAR E AS FORMAS DE NOTIFICAR NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Quando a pessoa procura uma unidade de saúde, o faz obviamente por necessitar de cuidados. Nesse sentido, a atenção e a orientação são fundamentais por parte da equipe, que deve sempre ter em mente humanizar a sua relação com o paciente de modo a lhe passar segurança, confiança e sensação de acolhida. Não só A ele, mas também aos seus familiares, na maior parte das vezes, tão fragilizados e inseguros quanto o próprio paciente.

O local onde se estabelece o primeiro vínculo na Policlínica Regional Unidade Cidade de Goiás é na recepção. Assim, os colaboradores lotados neste local, devem estar aptos ao processo de ouvir com atenção e acolhimento, olhar para a pessoa (sempre diretamente), demonstrando interesse no seu relato ou questionamento.

É natural que em uma recepção, onde o fluxo de pessoas é alto, a correria da rotina cotidianamente, acabe por fazer com que o profissional seja acelerado e queira resolver tudo. Todavia, é fundamental que o mesmo pare, e se empenhe em estabelecer vínculo com o paciente, passando-lhe sensação de acolhida e confiança.

Nesse cenário de humanização e acolhimento, o instrumento essencial é a comunicação.

Para entender a importância da comunicação na área de serviços de saúde, em especial da comunicação como aliada dos processos de humanização, é preciso perceber que a comunicação está ligada a tudo, fortalecendo ou prejudicando o relacionamento que estabelecemos com o mundo, a partir do momento em que abrimos os olhos.

Sendo assim, qualquer indivíduo, desde antes mesmo de seu nascimento, se comunica – se expressa – de alguma forma. E quando nos expressamos, nossa premissa é de que queremos ser ouvidos, ou percebidos.

São inúmeros os provérbios populares nos mostram a importância do ouvir, a importância de nos livrarmos de conceitos pré-concebidos para poder avaliar uma questão a partir de um novo ponto de vista – e que apontam a comunicação como o principal pilar em que se alicerçam os relacionamentos humanos.

Vale destacar que há comunicação em tudo, partindo das palavras ditas e escritas, mas avançando para o espectro dos olhares, das posturas, dos gestos, dos movimentos**. A partir da definição prévia de que tudo é comunicação, podemos articular um silogismo simples e assumir que, portanto, humanização é comunicação.**

Diante de tudo isso a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, como mencionado anteriormente, estará atenta em treinar e potencializar o desenvolvimento de habilidades de acolhimento e comunicação à sua equipe, de forma à garantir que o colaborador na recepção consiga entregar, o que dele é esperado.

O serviço de recepção terá como papel principal acolher pacientes, familiares e acompanhantes e indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/ acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

- Necessidade de estar atento a situações especiais

Em casos em que o profissional da recepção se deparar com pacientes, familiares e acompanhantes com necessidades especiais e surja situação em que o profissional não saiba como proceder especificamente, deverá imediatamente se reportar a equipe multiprofissional, de modo a lhe auxiliar na resolução da demanda, mas sobretudo garantir aos usuários, segurança e bem estar.

Fundamental que todos os colaboradores, além de capacitados, estejam empenhados no processo, de modo que saibam orientar os pacientes adequadamente e transmitir a serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

O IBGC na gestão da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás buscará sempre promover o máximo conforto e acessibilidade aos seus usuários. Tal conforto iniciará pelos ambientes e instalações da unidade, oferecendo sempre dar dignidade aos portadores de necessidades especiais com ampla acessibilidade, se empenhando na tarefa de proporcionar espaços amplos e arejados, rampas, chão nivelado, sinalização coerente, purificador de água, banheiros, iluminação, etc.

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Com certeza uma das maiores vulnerabilidades encontrada no âmbito da prestação de serviços de saúde é a ausência de orientação.

Como já dito, a comunicação é fundamental para garantir que os processos de orientação sejam eficientes.

A comunicação é a ferramenta capaz de permitir acesso às informações e orientações coerentes.

A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás se empenhará em fixar mecanismos de orientação quanto aos seus serviços, diretrizes, normas através de seus colaboradores e de seus canais de informações (TV, rede social, site, panfletos, jornais, apenas para citar alguns).

Rotineiramente serão programas palestras, cursos e congressos com o objetivo de que os colaboradores e usuários estejam integrados e conhecedores com o processo de orientação social.

A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, será uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com médicos de diversas especialidades, possuindo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos, 12 horas por dia, e em regra não possui “porta aberta” ou seja, recebe os pacientes encaminhados de forma referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde e Municípios, por meio do Complexo Regulador Estadual, com dia e horário agendado.

O fato de ser uma unidade de média complexidade e alta resolutividade, já torna esperado uma demanda vultuosa de serviços de saúde, o que tem como consequência alto fluxo de usuários, familiares e acompanhantes.

Desse modo estes usuários, necessitam de orientação e apoio social e psicológico.

Nesse cenário, tendo em vista os serviços ofertados, em especial a hemodiálise, torna-se relevante a atuação de profissionais da psicologia e serviço social, integrantes da equipe multiprofissional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Um instrumento para garantir e potencializar o atendimento humanizado é o acolhimento psicossocial, sobretudo em situação de um ambiente incógnito, e da natural tensão que envolve uma unidade de saúde, onde existem situações de dor física, de piora clínica, além dos receios e medos quanto à possibilidade de recuperação.

Todas essas sensações exacerbam o medo e a insegurança nos usuários gerando a eles, bem como aos seus familiares e acompanhantes, alterações psicológicas que podem ter como consequências o aparecimento de sinais e sintomas que interfiram no tratamento (no caso do paciente) ou gerem um adoecimento (no caso dos acompanhantes e familiares).

Deve ser proporcionado um tratamento acolhedor e humanizado por parte dos profissionais especializados, sempre que se deparem com situações de tratamentos complexos familiares ou diagnósticos delicados.

Essa situação de maior atenção pela equipe multiprofissional, sobretudo profissionais da psicologia e do serviço social, deve se dar em toda unidade, mas no setor de diagnóstico, bem como na Hemodiálise, essa atenção deve ser ainda maior.

A psicoterapia será a ferramenta utilizada para proporcionar minimização do medo, do estresse, da insegurança, além de visar proporcionar (no caso do paciente) uma melhor aderência às práticas de tratamento propostas, reabilitação social e psicológica, garantindo o atendimento coerente, digno e acolhedor em todas as fases, a todos os usuários.

ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR

Uma das preocupações constantes dessa proponente na gestão da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, será de fomentar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliando investimentos na qualificação dos trabalhadores de modo a valorizar dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

É fundamental, ao se falar em acolhimento que todos os colaboradores, estejam atualizados e saibam quais processos e procedimentos devem ser implementados em cada caso concreto no cotidiano da prestação de serviços de saúde.

A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás manterá programa permanente de capacitações, palestras, rodas de conversa, congresso e vários outros métodos de ensino/aprendizagem capazes de proporcionar conhecimento sobre essa temática, de modo a potencializar o conhecimento e sua aplicação diária no atendimento.

Incluir na tomada de decisões, as equipes de linha de frente na participação de projetos e das comissões internas, será um modo de gerar valorização, dando visibilidade a experiências profissionais, individuais e coletivas de cada colaborador sobre o tema.

Evitando riscos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

As medidas que serão tomadas de forma a minimizar e evitar riscos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás são:

I - Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuáriosbem como a identificação das medidas de solução;

II- Análise contínua dos processos de trabalho;

III - Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capacitação, divulgação e cumprimento dos mesmos;

IV - Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;

V- Manutenção do paciente na unidade pelo menor período possível (o que for necessário);

VI - Registro e organização rigorosos da documentação;

VII Comunicação institucional acessível e resolutiva;

VIII- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Todos os fluxos de atendimento serão amplamente divulgados de modo a minimizar riscos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

O momento enfrentando, mundialmente falando com relação à situação pandêmica enfrentada, mostra com ainda mais ênfase a necessidade de adoção de protocolos rígidos a serem observados, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares e acompanhantes.

Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

I - Cadastro de todos os visitantes (familiares de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários da unidade no sistema de informação);

II- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;

III - Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro {para os atendimentos agendados como consultas, exames, procedimentos, sessões...);

IV-Demarcação das áreas com circulação ou permanência restrita;

V - Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante e paciente dentro da unidade, contemplando estratégia de identificação das cores para pacientes ou acompanhantes portadores de daltonismo;

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás são:

I - Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;

II- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem da unidade;

III - Valorização e confiança nos serviços prestados;

IV- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações;

V - Redução de custos e economia no uso dos recursos;

VI - Tomada de decisão assertiva;

VII - Gestão proativa e preventiva; dentre outras.

ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES:

Serão adotadas as seguintes instruções para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de acompanhantes e garantia de serviço de qualidade:

I – Apenas 1 acompanhante por paciente durante sua permanência na unidade;

II - Não acompanhar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);

III - Usar máscara de proteção fácil, obrigatoriamente. Caso o usuário ou acompanhante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os acompanhantes serão orientados pela equipe da unidade.

IV - Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos da unidade, afim de facilitar e garantir o seu uso;

V- A aferição da temperatura será procedimento de rotina antes da entrada do usuário/acompanhante na unidade. Protocolos nortearão as equipes quanto a conduta a ser seguida neste procedimento. Caso apresente aumento da temperatura ou algum sintoma que indique alteração do estado de saúde, este será conduzido a unidade de atendimento médico para avaliação e conduta.

VI - É obrigatória a identificação do acompanhante no sistema de informação;

VII - Utilizar, sempre, a etiqueta fornecida na entrada da unidade. É importante que o acompanhante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída conforme orientado pelos colaboradores.

VIII- Ao acompanhar um paciente é preciso lembrar que ele está (em muitos casos) debilitado e precisa de apoio. Por isso, é importante evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço.

IX- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o acompanhante precisa ter para não incomodar os demais pacientes.

X- Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.

XI - Seja positivo. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.

XII - É permitida a entrada de apenas representante de segmentos religiosos por vez na unidade, nos setores pré- determinados pela Direção da unidade, e uso de identificação fornecida pela unidade;

XIII - É recomendável e preferível que acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas. Maiores de 60 anos devem estar acompanhados de um familiar.

XIV - Não é permitida a entrada de rotina de menores para fins de acompanhamento. No entanto, em situações especiais, considerando a necessidade, poderá ocorrer a liberação por parte da Direção;

XV - Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.

XVI - Vestir-se adequadamente. As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.

XVII - Em caso de situações especiais, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação acompanhantes na unidade, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, os acompanhamentos serão suspensas.

Ao acompanhar um paciente, é proibido:

I - Tirar fotos nas dependências da unidade;

II - Fumar nas dependências da unidade, conforme Lei Federal n° 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;

III - Entrada de menores (exceto em casos especiais, com autorização por escrito, da equipe que assiste ao paciente ou Direção);

IV- Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;

V- Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;

VI - Entrada de acompanhantes com sintomas gripais, febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde:

VII- Entrar com bolsas, capacetes, pacotes em todas as unidades;

VIII- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências das unidade de Raio-X e de exames para evitar interferência dos equipamentos;

Importante: A Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado;

Caso ocorram situações não previstas nestas instruções, elas serão prontamente comunicadas à Diretoria, e resolvidas de maneira pontual junto aos profissionais habilitados.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS NA POLICLÍNICA

Há tempos busca-se a superação de modelos tecnicistas de atenção à saúde, nos quais os métodos empregados ignoram o sujeito diante dos profissionais e, dessa forma, não promovem uma atenção integral. A partir disso, busca-se apresentar a importância da prática do acolhimento como alternativa, visando aproximar os pares da relação profissional/paciente e oferecer um cuidado integral ao usuário.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política 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.

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento.

Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa

apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado.

Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores:

• O coletivo como plano de produção da vida;

• O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida; e

• A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afeto construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do

serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

• protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;

• a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;

• uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;

• elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);

• mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;

• uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;

• uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

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. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso às diversidades cultural, racial e étnica.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.

O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados:

• o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;

• as formas de organização dos serviços de saúde;

• o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;

• a humanização das relações em serviço;

• a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;

• a governabilidade das equipes locais; e

• os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

POSTURAS PARA IMPLANTAÇÃO NA POLICLÍNICA REGIONAL UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

• Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade.

• Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados.

• Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas.

• No adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade.

• Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços. • Identificar profissionais sensibilizados para a proposta.

• Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa.

• Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção.

• Assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão (modos de produzir saúde dos modos de gerir essa produção).

SITUAÇÃOS PARA SE CONSIDERAR NA IMPLANTAÇÃO

Na situação concreta do serviço, algumas questões a considerar:

1. Como se dá o acesso do usuário, em suas necessidades de saúde, ao atendimento em seu serviço? Alguns pontos para se observar utilizando todos os sentidos (audição, visão, tato... e também a intuição):

• Ao chegar à unidade, a quem ou para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?

• Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido?

• O que se configura como necessidade de atendimento no serviço? Quem a define?

• O que não é atendido e por quê?

• Como você percebe a escuta à demanda do usuário?

• Do que e como a rede social do usuário é informada?

Que profissionais participam desse processo?

2. Que tipos de agravos à saúde são imediatamente atendidos?

• Em quanto tempo? •

O que os define como prioritários?

• Há em seu serviço uma ordenação do atendimento? Qual?

3 Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na unidade?

• Que procedimentos são utilizados?

• Quem responde por eles?

• Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistemas de referência e contrareferência)?

• O usuário e a rede social participam desse processo?

4. Como você percebe a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário?

• Como são compostas as equipes de atendimento em seu setor?

• Por grupo-classe profissional?

• Há trabalho de equipe multiprofissional? Em que setores?

• Há reuniões ordinárias? Qual a periodicidade? Qual é a composição?

• Quais as maiores dificuldades encontradas no funcionamento por grupo-classe ou equipe multiprofissional?

5. Como são tomadas as decisões em sua unidade?

• Pelas chefias?

• Por colegiados?

• Como são definidas as prioridades e as necessidades de mudança no processo de trabalho? Quem participa disso? De que modos são encaminhadas?

• Como se lida com os conflitos e as divergências no cotidiano do serviço?

6. Como é o ambiente e no que ele interfere nas práticas de acolhimento?

• Como são a confortabilidade e a privacidade?

• Como são a informação e a sinalização?

• Como são as condições e as relações de trabalho?

Após a análise de todos os apontamentos acima, e definida a implantação na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, se estabelecerá as seguintes ações:

Protocolo de Atendimento

- O paciente, após seu atendimento terá sua solicitação, e devidas documentações emitidas, sendo disponibilizado sua vaga no sistema de regulação;
- A Policlínica, de acordo com seu fluxo de atendimento estabelecido, abre atendimento ao paciente;
- A equipe entra em contato com o paciente e agenda seu atendimento;
- Nesse contato a equipe confirma os dados, do paciente, confirma tipo de atendimento que será disponibilizado, informa, quando for caso do transporte gratuito de pacientes dos municípios da macrorregião atendida, bem como data horários e aspectos prévios necessários a serem seguidos pelo paciente, para atendimento de consultas, exames, tratamentos terapêuticos e/ou cirurgias de pequeno porte, quando este for o caso.
- A equipe informa ainda os canais, telefone, internet sistema, e-mail, para dirimir qualquer dúvida do paciente, informará como está estruturado o funcionamento do setor que o paciente terá acesso.
- O paciente chega à Unidade;
- O paciente ou acompanhante dirige se a recepção;
- O Auxiliar Administrativo da recepção realiza o cadastro dos dados de identificação do paciente no sistema, imprime o citado documento, e entrega ao paciente/ acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento, aplicando a escuta ativa e comunicação eficiente com método de acolhimento;
- O enfermeiro realiza o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem também aplicando a escuta ativa e comunicando-se de forma acolhedora, clara e resolutiva;

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção deverão dirigir se ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro dos dados de identificação do mesmo.

Os colaboradores passarão por treinamento que busque desenvolver habilidades requeridas para o acolhimento eficiente na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, tais como:

- Ser dinâmico/ proativo.
- Ser resolutivo/ser pontual

- Ser educado/ Simpático/ Receptivo
- Saber fazer abordagem de forma adequada.
- Ter pontualidade
- Ser articulador (articular a equipe para soluções de problemas)
- Ser acolhedor (visão humanizada)

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO PARA SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que se refere o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter como premissa a humanização.

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 a Policlínica e toda a rede de atendimento do Estado de Goiás.

Nesse sentido é necessário que o SAU seja visto além do simples contato entre um setor da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste processo.

Os usuários dos serviços de saúde na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face à compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar).

O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência na Policlínica, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos.

Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

Essa proponente com a experiência que possui em gestão e operacionalização de unidades de saúde propõe para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, um modelo que garantirá que o usuário seja sempre ouvido de odo eficaz: **Projeto Satisfação do Usuário da Policlínica Cidade de Goiás.**

O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando 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.

Objetivos:

O Serviço de Atendimento ao Usuário tem um relevante objetivo social no contexto de atenção à saúde na Unidade Assistencial de Saúde, além da função operacional que, proporciona a oportunidade de melhoria contínua dos processos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, tais como:

• Credibilidade e reconhecimento da unidade, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas;

• Facilitar os processos de melhoria contínua de processos internos, com base nas informações advindas dos usuários e acompanhantes diretamente envolvidos processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.

• Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição, respeitando assim o princípio de uma gestão participativa e colaborativa;

• Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização;

• Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria unidade, utilizando métodos de resolução de conflitos como conciliação e mediação;

Este projeto propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - SAU para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações dos usuários e acompanhantes, tornando se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante. o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários.

Horário

Segunda a Sexta-feira de 8 às 18h.

O SAU deve ser independente, reportando e diretamente a Área Psicossocial.

Canais de Atendimento

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores.

A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios.

Segue abaixo a descrição destes canais:

- **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.
- Os telefonistas poderão receber as demandas da Policlínica , bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.
- Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho da Policlínica.
- Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, criticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.
- Neste projeto, também está previsto o uso de SMS.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES/GO COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e os serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando à melhoria do atendimento prestado. Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções.

Além disso, as manifestações recebidas nas ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

O PAPEL DAS OUVIDORIAS DO SUS

As ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde.

Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde. Nas ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi dado início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, criaram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada.

A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990.

A aplicação dos princípios previstos na Lei nº 8.080/1990 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das ouvidorias do SUS possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência causadas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-polo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

HISTÓRIA DA OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria deu-se em 1923, pelo deputado constituinte José de Souza Mello.

- Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

- Na Constituição Federal de 1988 - Artigo 37, parágrafo 3º, inciso 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

- Artigos de 196 a 200 - Definição de saúde como direito de todos e dever do Estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (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.

– Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias de saúde.

– Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

– Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Regulamentação da Lei nº 8.080/1990) Regulamenta a Lei Orgânica do SUS e estabelece a necessidade da gestão do SUS apurar, de forma permanente, as necessidades e a satisfação do usuário.

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre a organização do SUS em regiões de saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios. As regiões de saúde representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e dos serviços da saúde, tendo como objetivos:

• garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada;

• efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;

• reduzir as desigualdades loco regionais, por meio da conjugação Inter federativa de recursos.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Inter gestores,

garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; monitorar o acesso às informações e aos serviços de saúde e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

Ele é assinado pelos prefeitos e seus secretários de saúde, pelo governador e seu secretário de saúde e pelo Ministro da Saúde.

A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhada pelos respectivos conselhos de saúde.

IMPLANTAÇÃO OUVIDORIA NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Objetivo:

A implantação da Ouvidoria na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás pelo IBGC, se dá com o intuito de garantir a todos os usuários desta unidade em saúde, o direito de apresentar suas reivindicações, elogios, reclamações, manifestações perante a gestão da unidade.

Além disso a Ouvidoria funciona como um mecanismo efetivo e de celeridade para a proteção e defesa dos direitos dos usuários, em observância a Lei nº 13.460/2017 e do Decreto nº 9270/2018, que tratam sobre a sua implantação como uma forma de avaliação da efetividade e um contínuo aperfeiçoamento e melhoramento da gestão.

A Ouvidoria na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás será um instrumento potencializador de modificações. Uma vez que sobre um ângulo favorece a gestão mais flexível, que se empenha para o alcance da satisfação das necessidades do usuário, enquanto que de outro ângulo, pode ser vista como aquela que incentivará a prestação de serviços públicos com eficiência e qualidade, garantindo direitos, sendo, portanto, uma ferramenta a serviço da democracia e do cumprimento das garantias fundamentais de todos os usuários.

As sugestões, queixas, reclamações, elogios, possibilitarão uma constante avaliação dos serviços prestados, e análise de medidas a serem tomadas, sempre visando melhorias.

A celeridade na resolução de todas as demandas apresentadas a ouvidoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, será prioridade por parte dessa proponente.

Deste modo, além de assegurar o pleno acesso a todos os usuários, familiares e acompanhantes na unidade, existe o compromisso que de todas as demandas serão respondidas em prazo inferior à 20 (vinte) dias, dando resolutividade ao processo.

A Ouvidoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e seu papel:

O que se almeja com a Ouvidoria na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, é garantir uma atuação eficaz no processo de interlocução/comunicação entre usuário/cidadão e a Administração da unidade, concretizando desse modo, uma forma adequada para a resolução de conflitos.

Neste sentido a Ouvidoria orientará, encaminhar acompanhará as providências adotadas, e responderá eficientemente ao cidadão.

Não bastante, quando a situação exposta não for de competência da respectiva ouvidoria, ela ajudará o cidadão a identificar o local adequado para a resolução de sua demanda trazida.

Criação da Ouvidoria

Público alvo: o público interno que são os colaboradores (empregados e servidores públicos lotados na unidade) que poderão utilizar de forma democrática a Ouvidoria para manifestar seus anseios.

Com relação a esse público interno a Ouvidoria permite uma administração participativa.

Além disso, temo o público externo, que são pessoas que utilizam os serviços oferecidos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás ou seus familiares e acompanhantes.

Estes utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem apresentando denúncias, reclamações, sugestões, elogios...

Assim, qualquer cidadão que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem qualquer tipo de ônus, a sua manifestação à Ouvidoria.

O IBGC agirá no sentido de facilitar ao cidadão o pleno acesso a Ouvidoria, garantindo que tal acesso seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos no site, telefone, atendimento presencial e formulários impressos disponibilizados na unidade com caixas de coleta.

Estrutura da Ouvidoria

Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções de ouvidoria, tais como acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações e gestão dos dados, deverão ser observados os seguintes itens:

I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;

II. Boa localização, de fácil acesso e visibilidade a todos os cidadãos, sendo importante atentar-se à acessibilidade das pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou outras com dificuldades de locomoção, como rampa de acesso e adaptações;

III. Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;

IV. Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.

Visando um ambiente que possa ter alta demanda no fluxo de pessoas e acesso fácil aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja implantada na lateral direita da Polínica Regional Unidade Cidade de Goiás, próxima à recepção principal.

Este local tem um maior fluxo de pessoas em circulação e, por ter a porta de entrada da unidade, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

Profissionais da OUVIDORIA

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades necessárias com essa atribuição, além de necessariamente passarem por capacitação para o desempenho da função com zelo e eficiência.

Por se tratar de uma função, relativamente nova, em geral não se exige formação específica para ser um Ouvidor, mas há vários cursos de formação e aperfeiçoamento que poderão nortear o colaborador no desempenho da função.

A disponibilidade do pessoal para a formação da equipe dependerá da condição atual de funcionamento e necessidade da unidade, a ser verificada após implantação, devendo de início no mínimo ser composta por:

01 - Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;

01 - Técnico Atendimento;

01 - Técnico para o tratamento das demandas.

Tais profissionais precisarão buscar conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilite tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa, empática e genuína.

Há algumas habilidades que devem, necessariamente, compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:

Ouvidor:

Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

I. Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;

II. Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;

III. Qualificar as expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que os Gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;

IV. Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

Qualidade do atendimento:

Objetivando a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários no âmbito do SUS, proporcionando a institucionalização da Ouvidoria SUS na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, o IBGC se norteará pelos seguintes princípios fundamentais:

I. **Competência:** existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados;

II. **Confiabilidade:** cumprimento de prazos e horários estabelecidos previamente, e a busca em otimizar o tempo de resposta/ resolução de acordo com a complexidade das demandas apresentadas, sem oferecer prejuízos na qualidade das respostas;

III. **Credibilidade:** honestidade no serviço ofertado;

IV. Segurança: garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei n°12.527 - Lei de Acesso à Informação;

V. **Empatia:** que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa, e não à própria pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreende-lo;

VI. **Linguagem cidadã:** clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do cidadão;

VII. **Linguagem inclusiva:** é aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos;

VIII. **Presteza:** demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do cidadão;

IX. **Cortesia:** manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade;

X. **Flexibilidade:** atuar com capacidade de lidar com situações não previstas;

XI - Respeito à diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos: atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

Planejamento de implantação

I. Definição no organograma: a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão;

II. Definição do local: instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Mistério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento Ouvidora- geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a SES - Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, que atuam por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS.

O Sistema permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação, e tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais, também auxilia na definição de prazos para tratamento de demandas conforme bases legais. Instrumento de gestão que será uma importante ferramenta à serviço da população do Centro-Norte Goiano e apoio às demais regiões;

III. Realizar o processo de escolha do Ouvidor que representará a Ouvidoria e participará da seleção para a composição da sua equipe de trabalho (designação do Ouvidor deverá ser feita pelo Diretor Geral da unidade);

IV. Instalar em locais de grande circulação da unidade urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria contento disponível formulário impresso para registros de manifestações e pesquisa de satisfação dos usuários;

V - Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas) do objetivo, papel, dos projetos da Ouvidoria, definindo e expondo a consolidação de um espaço democrático implantado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, estimulando a conscientização dos usuários da unidade sobre o direito de receber um serviço público de qualidade, trazendo mais conhecimento sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando assim, a sua capacidade crítica e incentivando o uso de direito da sua opinião.

Nesse sentido, deve-se de imediato publicar e indicar na unidadel o local e horário de atendimento da ouvidoria, tal como, telefone e e-mail para contato.

VI- Divulgar internamente e externamente os meios de acesso e horários de atendimento da ouvidoria.

Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência da Ouvidoria da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás valorizar e propor a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, implantação e disponibilidade para realização de pesquisas de satisfação, de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade e/ou da Ouvidoria, proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados.

Com o intuito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos, e dos atendimentos ofertados aos cidadãos, e a busca continua ao fortalecendo de uma gestão participativa e efetivamente de qualidade no âmbito do SUS.

Neste sentido a pesquisa de satisfação dos usuários terá como objetivo avaliar o atendimento na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás do ponto de vista de quem os recebe, fornecendo a gestão do IBGC materialidade de avaliação dos serviços que estão sendo prestados aos usuários e/ou visitantes da unidade.

A partir da pesquisa será possível a tomada de decisões, nos processos de trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos relevantes. Desta forma os objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, entre estes: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades dos usuários; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional.

Modelo de pesquisa Net Promoter Score

Essa metodologia tem uma grande vantagem: você só faz uma pergunta para os usuários dos serviços.

Vantagens da pesquisa de satisfação pelo modelo Net Promoter Score:

- Ágil e rápido de fazer e implementar;
- Um parâmetro reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa;
- O resultado é um valor quantificável;

- Possibilidade de fazer comparações entre áreas e empresas.
- Periodicidade

A periodicidade definida pelo serviço, será de intervalo médio de 3 (três) meses, com objetivo de avaliar a percepção dos usuários ao longo do contrato, ou ainda quando se fizer necessário frente a mudanças ou normas e rotinas e/ou implantação de novos serviços.

Apresentação das avaliações

As avaliações apresentadas deverão ser entregues as áreas gestoras da unidade, bem como a Secretaria de Saúde de Estado – SES/GO, em relatório descritivos, bem como em gráficos comparativos entre períodos

Horário de atendimento

O Canal de atendimento presencial terá seu horário de funcionamento de 07:00 às 19:00 horas,durante sete dias da semana, além do canais eletrônicos com e-mail e formulário eletrônico no site da instituição, podendo ser acessados 24 (vinte e quatro) horas dias, nos 7 (sete) dias da semana.

Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás	QUESTIONÁRIO OUVIDORIA	Data:

IDENTIFICAÇÃO

1) QUAL O SEU NOME?

_____

2) QUAL SERVIÇO UTILIZOU?

_____

3) QUAL A DATA DO ATENDIMENTO?

_____

4) Deixe aqui seu contato para que possamos lhe dar um retorno (e-mail, telefone):

_____

5) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria os nossos serviços a um amigo ou familiar?

_____

6) Para que sua avaliação possa ser melhor, quais adequações recomenda que realizássemos?

_____

7) De acordo com a sua avaliação o que oferecemos de bom?

_____

Assinatura:

_____

Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais, conforme previsão da legislação vigente

Orientações Gerais aos acompanhantes:

A participação do acompanhante é muito importante para a recuperação do paciente, mas algumas orientações são necessárias durante a sua permanência na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

• Mantenha o silêncio. Lembre-se, você está em uma unidade de saúde.

• Mantenha o celular no silencioso e só atenda se realmente for urgente.

• Higienize sempre as mãos antes e depois do contato com o paciente.

• Só é permitido um acompanhante, maior de idade, para cada paciente na unidade.

• Se estiver com algum problema de saúde evite acompanhar o paciente.

• Não sente ou deite na cama disponibilizada ao paciente.

• A privacidade do paciente deve ser mantida.

• Respeite sempre o horário dos procedimentos técnicos.

• Não manipule equipamentos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Solicite sempre ajuda dos profissionais.

• No caso de o acompanhante precisar se ausentar, sinalizar à equipe de enfermagem.

No contexto de serviços de saúde existem vários desafios que envolvem colaboradores, pacientes e acompanhantes.

Um dos grandes desafios tem início na compreensão sobre as diferenças entre os pacientes pela idade, cultura, etnia e religião. Para cada indivíduo é necessário a compreensão e a empatia.

Fator importante para cumprir com êxito a humanização, bem como a prestação de serviços de saúde com eficiência, é a implantação de um plano de educação voltado ao preparo dos cuidados contendo demonstrações teóricas e práticas por parte dos profissionais e

acompanhamento constante da equipe multidisciplinar para garantir a correta realização e atendimento do processo por parte do cuidador ou paciente.

Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do usuário, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

É comum, visando a melhora no processo de aprendizagem, a divulgação por meio de folhetos e cartilhas ilustrados, de forma à contextualizar a situação do paciente , quais são os principais cuidados e a forma de realizar as ações propostas, e com o avanço da tecnologia podemos contar com utilização de mídias digitais para facilitar o entendimento e visualização das informações, essa nova condição proporciona maior alcance do conhecimento e facilita a promoção da saúde em ambientes como sala de estar e rede sociais.

No contexto de prestação de serviços de saúde e acompanhamento, um ponto que merece muita atenção por parte da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é o que se refere aos relativamente incapazes, sobretudo adotando a ponderação e sabedoria em situações específicas onde possa haver conflitos entre os interesses destes pacientes e de seus familiares.

São várias as legislações que enfrentam a temática dos relativamente incapazes e a tomada de decisões por familiares ou representantes, especialmente as situações de conflitos, ou ainda quando não exista um responsável legalmente designado para o acompanhamento daquele paciente.

Antes de mais nada, o IBGC se compromete de que no curso de contrato de gestão, estando a frente da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, cuidará de preparar e capacitar todo o corpo profissional da unidade, de modo que em situações de conflito, possam utilizar técnicas de mediação e conciliação, especialmente a equipe multiprofissional, buscando sempre a resolução do conflito no curso do tratamento.

O Código Civil Brasileiro define em seu artigo 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. Tal incapacidade implica na prática de atos por meio de seus representantes legais.

Sobre os relativamente incapazes, o Código Civil estabelece ainda que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

- Os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18(dezoito) anos;

- Os ébrios habituais, viciados em tóxicos e pródigos;

- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não conseguirem demonstrar sua vontade própria. Tal incapacidade relativa implica na prática de determinados atos assistidos por seus representantes legais.

Não é só o Código Civil que traz apontamentos legais sobre incapazes ou relativamente incapazes.

O ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente define que que os menores de 16 (dezesseis) anos serão **representados** por seus pais ou tutores e os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos serão **assistidos** por seus pais ou curadores.

Oportunamente, destaca-se que os idosos e enfermos - com exceção dos pródigos e viciados em tóxicos-são, enquanto possuírem condições clínicas de expressar sua vontade, plenamente capazes nos termos da lei civil, podendo, portanto, livremente nomear responsável legal através de Termo de Nomeação de Responsável Legal, ou outorgar procuração com os poderes de representação, sem a necessidade de assistência.

Em relação aos relativamente incapazes maiores, o Código Civil, determina que eles estão, necessariamente, sujeitos à curatela, ainda que por causa transitória não possam exprimir sua vontade.

O processo de judicial de interdição é longo e custoso, e a curatela provisória exige que estejam presentes os requisitos da tutela de urgência, quais sejam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Além disso, a interdição implica em uma série de obrigações ao curador que, muitas vezes não são tratadas aos familiares do paciente.

Os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, não emitiram posicionamento sobre o tema de designação de curador no ambiente hospitalar, apenas exigindo a assistência do relativamente incapaz nos termos da lei civil.

O Conselho Federal de Medicina fixou na Resolução CFM n 1.995/2012, a possibilidade de paciente definir as suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre os cuidados e tratamentos que queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

A única menção à nomeação de representação legal previamente à situação transitória ou definitiva de incapacidade, detectada em documentos do CFM, consta do Parecer n° 12/2014, que trata das Reivindicações das Testemunhas de Jeová.

O parecer afirma que o artigo 41 do Código de Ética Médica, que determina a necessidade de levar-se em consideração a vontade expressa do paciente, na definição dos cuidados médicos. Vejamos:

> Não alcança os pacientes menores de idade e particularmente outros, relativamente ou totalmente incapazes, que não tenham em período anterior as suas incapacidades e com segurança jurídica, registrada as suas diretivas antecipadas de vontade ou que ainda no pressuposto da impossibilidade de expressá-lo não tenham nomeado, com segurança jurídica, representante legal para fazê-lo.

Tal afirmação, ainda que não seja o objeto da presente nota orientativa, pode ser interpretada como um aceite à nomeação de representante legal antes da situação de incapacidade relativa, por parte do CFM.

Diante de todo o exposto, é recomendável que o paciente recebido pela clínica em condições de expressar a sua vontade designe, imediatamente, seu responsável legal, indicando em termo ou em procuração pública ou privada, que tal responsável terá poderes para tomar decisões em seu nome durante o período em que estiver sendo atendido pela Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, podendo autorizar ou negar procedimentos, decidir acerca do tratamento clinico a ser procedido, bem como determinar todos os demais atos relativos à assistência médica ofertada a ele, autorizando-o a expressar a sua vontade para todos os efeitos legais relacionados à prestação assistencial.

Neste contexto, na hipótese de incapacidade transitória, não haverá obstáculo à prestação dos serviços assistenciais necessários à saúde do paciente, quando determinado por seu responsável legal prévia e devidamente nomeado.

Sabemos, que tais orientações representam risco para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, na medida em que o Judiciário poderá invalidar atos praticados por não curadores de relativamente incapaz. A jurisprudência, porém, aponta para a invalidação apenas de atos praticados em desfavor do relativamente incapaz, mantida a validade daqueles praticados em seu benefício.

Desta forma, será remoto o risco de invalidação destes atos. A intenção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é seguir as legislações vigentes promovendo a boas práticas em prol da saúde e integridade dos pacientes relativamente incapaz.

Nos atendimentos a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, realizará a exigência a jurisprudência de atender os pacientes relativamente incapaz ainda que não representado.

Na ausência dos pais e pendente a nomeação de curador, em se tratando de maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, como são eles enquadrados pela legislação civil como relativamente incapazes, entende que há a possibilidade, em analogia ao disposto pelo CFM na Resolução CFM n° 1.995/2012, do paciente definir suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Além disso, se não houver nomeação de representante legal pelo incapaz ou relativamente incapaz, o médico responsável pelo paciente deverá aferir se este tem condições de decidir sobre o seu tratamento ou não, e se sim, poderá seguir as orientações do paciente, resguardada a sua saúde e integridade.

Quando se tratar de incapazes ou relativamente incapazes que não consigam decidir ou manifestar sua vontade, ausente o representante legal, não há que se pensar na possibilidade de nomeação de responsável legal, devendo a equipe médica promover todo o tratamento necessário à manutenção da saúde e integridade do paciente acionado as autoridades competentes.

Desde modo, o médico deverá informar os representantes do paciente ou familiares envolvidos no seu tratamento acerca das práticas diagnósticos ou terapêuticas que entender necessárias ao quadro clínico do paciente, devendo usar de todos os meios disponíveis para tratamento dele, desde que cientificamente reconhecidos e ao seu alcance.

Quando a divergência de opinião entre os representantes ou familiares representar riscos ao paciente em virtude da espera, caberá a equipe médica decidir qual dentre os métodos eleitos pelos representantes ou familiares e o mais adequado e eficaz ao tratamento.

Sobretudo, deve-se sempre ter em observância a Resoluções CFM n° 1.931/09 (Código de Ética Médica), notadamente a ressalva em relação à obrigação de observar a decisão

do paciente ou de seu representante legal no caso de iminentes riscos de morte. Tal previsão determina que, diante de risco de morte, caberá exclusivamente à equipe definir o procedimento a ser adotado, não sendo necessário a consulta aos representantes ou familiares.

Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames

Durante a realização dos exames na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:

• Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei n° 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);

• Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741 de 01/10/2003, art. 16 e suas alterações);

• Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei n° 3.939 de 02/01/2007, art. 18 e suas alterações).

Informações sobre os exames

As informações sobre a realização dos exames serão fornecidas em momento prévio à realização do mesmo, pelo enfermeiro da unidade.

O paciente/usuário será informado sobre o tempo de realização do exame, assim como sobre a forma de como o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de elétrodos com caso da realização de eletrocardiograma, necessidade de uso de contraste, etc.).

As informações sobre o resultado dos exames serão fornecidas em documento próprio, após ser laudado pelo médico especialista e endereçado ao médico solicitante.

O paciente será informado sobre a data para a retirada do resultado no setor de emissão de resultados no próprio setor de Diagnóstico.

Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor após finalização do exame.

Direitos dos familiares

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II - Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

III- Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas que estão sendo ou que porventura serão realizadas no paciente que está sendo acompanhado;

IV- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir o tratamento do paciente após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

Deveres dos familiares

I - O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e procedimentos sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - O acompanhante não dever administrar quaisquer outros tipos de medicação durante a permanência do paciente. O paciente deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico, salvo as autorizadas por ele mesmo.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV - Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a condição de saúde do paciente.

V - Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VI - Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade de ele fazê-lo, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VII. Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

VIII. Zelar e solicitar que outros acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

DIREITOS DOS PACIENTES

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II- Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

III- Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

IV- Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.

V- Ser prévia e expressamente informado

bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.

VI - Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.

VII- Exigir que a unidade de saúde cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar - conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.

VIII - Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;

IX- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados;

X- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento realização dos exames, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

XI - Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.

XII- Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

XIII-Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se referem a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

XIV Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

XV - Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade de saúde e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Usuário.

DEVERES DO PACIENTE

I- O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas no momento da realização dos exames sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - Durante a realização dos exames deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico do centro de diagnóstico, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.

V - Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.

VI - Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VII - Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VIII - Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

IX - Zelar e solicitar que os seus acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

X – Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da unidade de saúde, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos

demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da unidade de saúde.

PROPOSTA DE CRITÉRIOS - GUIA DE ORIENTAÇÀO AOS ACOMPANHANTES:

Direito de Acompanhante:

- Idoso acima de 60 anos; (Lei n° 10.741/2003);
- Criança e adolescentes menores de 18 anos; (Lei n° 18.0ó3/1993);
- Pacientes com deficiência e ou/ necessidades especiais -PNE. (Lei n° 13.14ó/2015);

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário;
- Usar a identificação de acompanhante;
- Preservar a higiene da enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com o paciente;
- Seguir o protocolo de higienização das mãos;
- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;
- Não se deitar e nem se sentar nas camas hospitalares;
- Manter um relacionamento tranquilo com paciente;
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65.
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência na unidade.

Não será permitido:

- Fumar nas dependências;

- Não é permitido entrar na unidade trazendo alimentos, cigarros, roupas e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares).

- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador;

- Utilização de trajes com altura acima do meio da coxa; e homens trajando blusa regata e/ou calção.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CONTRA REFERÊNCIA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.

Esse sistema, vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos passados. Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e a possíveis condutas a serem seguidas.

O sistema de referência e contrarreferência deve funcionar de maneira hierarquizada, a fim de adequar o fluxo os usuários aos níveis de complexidade de atendimento, tendo o setor primário como porta de entrada no sistema e sucessivamente o secundário e terciário quando necessário ao usuário.

O Sistema de referência e contrarreferência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

Um sistema ineficiente (ou inexistente, no caso) de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Aumenta os gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados entre outros.

Podemos definir os níveis de atenção da seguinte forma:

> O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades) (BRASIL, 1987, p.325).

"Os profissionais de saúde só deverão encaminhar os casos que realmente estejam fora da possibilidade técnica e de recursos humanos de serem tratados no próprio município da residência dos pacientes. Os casos mal encaminhados e detectados pela Coordenação do Sistema de Referência e pelas auditorias serão procurados para esclarecimentos e posteriores providências.

Mas quais são as definições de referência e contrarreferência? Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já acontrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

Tendo isso em vista, um modelo eficiente tem como uma de suas consequências a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde.

Tal definição já vem acompanhada de uma crítica, ou no mínimo um desafio: pensar na rede como um sistema hierarquizado, onde há esferas "mais e menos importantes", por si só já é um pensamento obsoleto dentro da ótica de funcionamento do SUS em pleno ano de 2021.

Isso porque o sistema deve ser pensado muito mais como uma rede de fluxos multidirecionais do que em uma pirâmide rígida. A conclusão a que se chega na literatura atual é que não há como ultrapassar etapas, isto é, não há como se chegar à integralidade

desejada nesse modelo dinâmico dos níveis de atenção sem passar pelo modelo piramidal e mais tradicional, e sem que este esteja consolidado e eficiente.

Problema prioritário: ausência de contrarreferência

É sabido que a contrarreferência é um instrumento fundamental para a melhor abordagem e condução dos casos na saúde da família. Através dela, um médico especialista, ou qualquer outro profissional envolvido com o caso do paciente, apresenta em forma de relatório o caso do paciente à equipe de saúde da família que o assiste. Assim, pode-se saber as principais hipóteses diagnósticas, condutas e tipo de abordagem de quem realiza a contrarreferência. Por isso, tal prática aperfeiçoa o cuidado e a promoção da saúde.

Um dos problemas encontrados no sistema de contrarreferência é a ausência de prontuário eletrônico e um sistema ou software que unificasse todas as informações existentes sobre aquele paciente, apesar de preconizado para melhor funcionamento do SUS.

IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO CONTRARREFERÊNCIA NA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS

Proposta de intervenção sobre o problema prioritário "contrarreferência na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, com proposição de ações, produtos e acompanhamento sobre o nó crítico identificado.

Nó crítico	Ausência de um formulário pré-estabelecido ou sistema integrado que contenha espaço adequado para registro da contrarreferência pelo profissional da Policlínica.
Operação	Criação de um formulário específico contrarreferência, com aprovação da SES/GO, para circular a princípio entre a equipe da Policlínica e a os diferentes níveis da rede de atenção do município de Cidade de Goiás.
Projeto	Organização do sistema de Contrarreferência entre a equipe de colaboradores da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e os outros níveis de atenção
Ações propostas	Propor modelo e obter adesão da para uso de formulário específico de contrarreferência, para otimização da troca de informações entre os diferentes níveis de atenção. Melhorar a privacidade dos pacientes e o sigilo médico.
Resultados esperados	Realização de encaminhamentos de qualidade pelos médicos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Estimulo à prática da contrarreferência (sempre que necessário) e aumento do número de dados para a atenção à saúde na atenção secundária. Melhora da privacidade do paciente na Unidade em seu tratamento de saúde, assegurando assim o sigilo médico.
Produtos esperados	Formulário de contrareferência produzido e com fluxo de encaminhamento erecepção de volta estabelecido e controlado. Formulário conhecido e disponibilizado na rede do SUS da Cidade de Goiás.

Atores sociais/ responsabilidades	Diretor da Unidade: apoio para otimizar a estrutura do formulário de forma a adequá-lo às reais necessidades da Policlínica; médicos assistentes da Unidade, pelo mesmo motivo e por serem osatores diretos na utilização do instrumento; Sensibilização dos profissionais da atenção primária, por também serem protagonistas na utilização do instrumento; Em uma outra instância, Gestão municipal, pois seria importante que esta esteja ciente da necessidade de tal instrumento na rede.
Recursos necessários	Estrutural: Tempo e espaço para estruturar o formulário de contrarreferência; material para que haja impressões regulares de folhas de encaminhamento de acordo com a demanda da Unidade Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz Financeiro: Superar a fase de formulário e adentrar em um software qu permita o desevolvimento de um sistema integrado no município. Político: Articulação com a gestão municipal para que haja adesão pelos médicos de diferentes níveis ao esquema de contrarreferência no fluxo, e para que haja incentivo por parte da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás para manter tal instrumento.
Recursos críticos	Manutenção dos formulários ou sistema integrado de contrarreferência
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Diretor Geral da Policlínica; Secretaria Municipal de Saúde; Profissionais médicos envolvidos. Motivação: Melhora da assistência
Ação estratégica demotivação	Reuniões de equipe (quinzenais às quartas feiras) para aperfeiçoar oplanejamento
Responsáveis:	Secretário Municipal de Saúde Diretor da Unidade Médicos da Policlínica, bem como dos demais níveis de assistência em saúde.

Cronograma / Prazo	Prazo para implantação a partir da assinatura do contrato 120 dias.
Gestão, acompanhamento eavaliação.	A efetividade será avaliada pela Direção da Unidade, juntamente com toda a equipe, nas reuniões de planejamento, de modo à manter linhas de ações ou modificá-las até se atingir o nível desejado.

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

QUALIDADE TÉCNICA

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

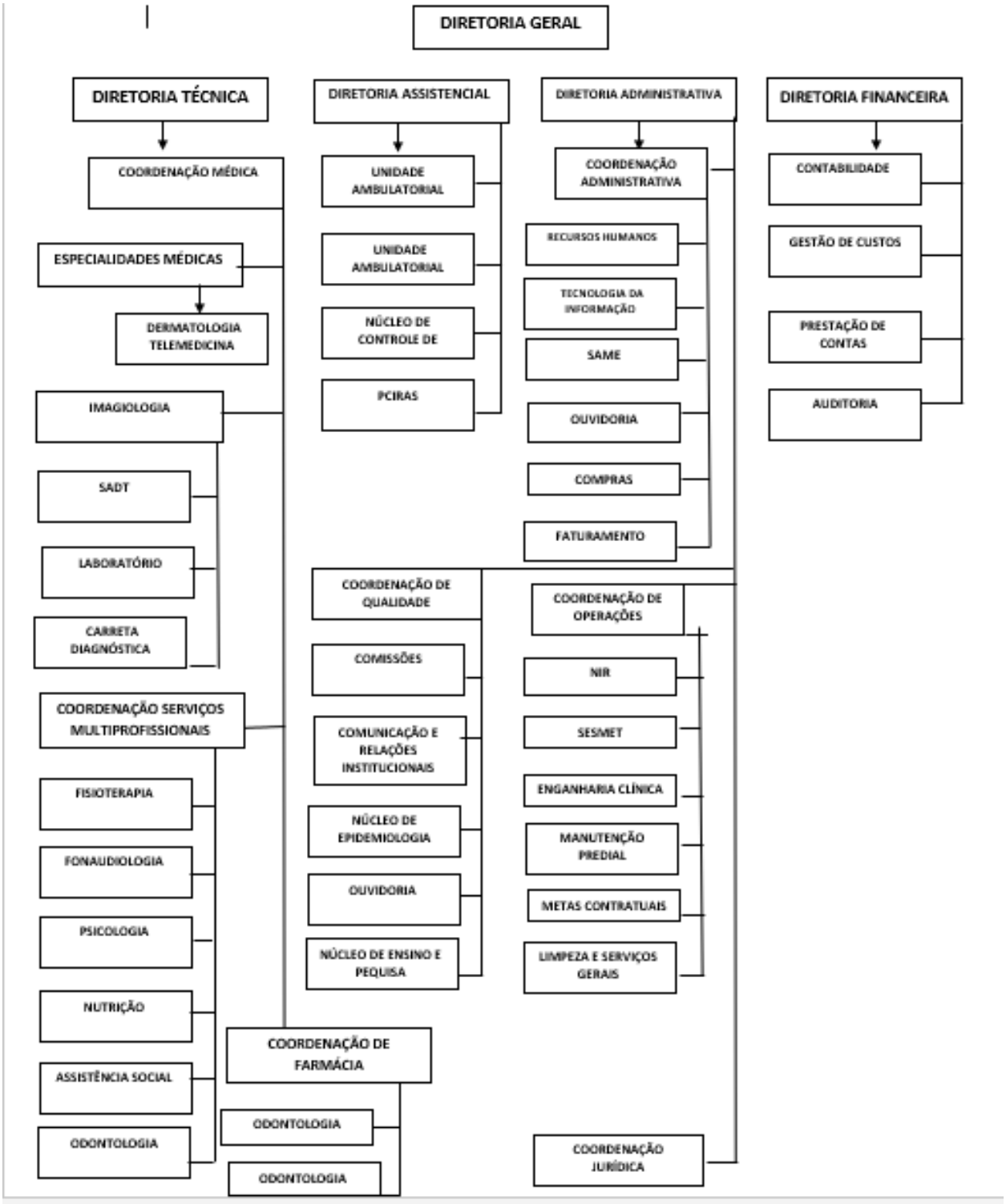
Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar uma unidade e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:

Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da Proponente ou de seu corpo diretivo

Os documentos estão disponibilizados no volume “DOCUMENTOS DA PROPONENTE”

ESTRUTURA DA DIREÇÃO E EXPERIÊNCIA

APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO



DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Geral

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do IBGC

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;

- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais na unidade, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;
- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades na unidade, a fim de que o mesmo atinja sua finalidade;
- Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da unidade, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;
- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando otimizar os esforços para a consecução dos objetivos da unidade;
- Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novas atividades, visando garantir um retorno adequado ao usuário e resguardar a segurança dos ativos da unidade;
- Manter contatos com a direção das empresas para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos/ serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da unidade;
- Conduzir os processos de mudança na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;
- Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o usuário da unidade e a comunidade geral;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

Informações Gerais

Cargo: Diretor Administrativo

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração, Economia ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;

- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais na unidade, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;
- Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com os regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
- Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
- Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência;
- Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativas da unidade e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo a ata as decisões;
- Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento POP – Procedimentos Operacionais Padrão;
- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativas, utilizando os instrumentos pertinentes;
- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;

- Estabelecer e avaliar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços de saúde da unidade;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
- Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
- Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo;
-

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Assistencial

Departamento: Assistência

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina ou enfermagem com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão em saúde definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão, Valores;
- Administrar as atividades assistenciais, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade atualizados para a tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos forem pertinentes à administração ou a elas relacionados;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à assistência;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento assistencial nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter, de cada profissional da assistência, prontuário completo onde conste ao menos: cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades aos conselhos regionais de classe;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes assistenciais, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades dos membros da assistência;
- Estabelecer sistemas de supervisão assistencial, associando-os aos processos de controle e educação;
- Avaliar as atividades dos profissionais da assistência quanto ao preenchimento dos prontuários, contrarreferência e demais documentos relacionados ao atendimento dos pacientes;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Informações Gerais

Cargo: Diretor Técnico

Departamento: Diretoria

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão em saúde definida pelo IBGC juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Administrar as atividades do Corpo Clínico da unidade, assegurando a regularidade do seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
- Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

- Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
- Manter constante contato com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais diretorias;
- Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade atualizados para tomada de decisões;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à Administração ou a elas relacionadas;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria continua da assistência prestada;
- Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
- Acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
- Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- Manter de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento do Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao CRM regional;
- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;
- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético as diversas atividades do Corpo Clínico Médico.
- Realizar todas as demais atividades que lhe são intrínsecas ao cargo ocupado.

Informações Gerais

Cargo: Diretor Financeiro

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração, Economia ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;

- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.
-

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais na unidade, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico
- Administrar recursos;
- Tomar medidas para aprimoramento do gerenciamento de custos
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;
- Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
- Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativas da unidade e Diretoria Administrativa e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo a ata as decisões;
- Exigir que todas as unidades financeiras tenham um regimento POP – Procedimentos Operacionais Padrão;
- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativas, utilizando os instrumentos pertinentes;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços de saúde da unidade;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;

- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe financeira;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o regimento dos serviços financeiros atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;
- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo;

Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações

- Os documentos estão disponibilizados no volume “DOCUMENTOS DA PROPONENTE”

Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde no gerenciamento de Unidade Hospitalar

- Os documentos estão disponibilizados no volume "DOCUMENTOS DA PROPONENTE"

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

O líder de equipe, deverá, necessariamente, possuir o título de especialista na área de sua atuação, liderança inconteste na comunidade assistencial em saúde e organização administrativa.

Possuirá esse profissional, carga horária de 40 (quarenta) horas semanais e contratação pelo regime celetista (CLT), com remuneração de R$ 18.000,00 (dezoito mil).

Os plantonistas deverão ter residência médica concluída na especialidade em que atuarão. Sua carga horária é variável, a depender da distribuição de tarefas, pelo líder de equipe. Terão remuneração de 1500,00 (um mil e quinhentos reais) por plantão.

Importante destacar que todos os salários, são estimados por essa proponente, e que quando da assinatura do Contrato de Gestão, deverá ser analisado para a fixação do mesmo, a questão geográfica, bem como mão de obra qualificada disponível para a região.

A expectativa de número de médicos lotados na unidade, deverá ser sempre revisada, de modo a atender as metas pactuadas e desempenho dos serviços de saúde com eficiência. O trabalho será sempre desenvolvido em conjunto com o Complexo Regulador, em constante interação para maximizar o atendimento.

QUADRO MÉDICO				
ESPECIALIDADE	**VÍNCULO**	**CARGA HORÁRIA**	**SALÁRIO**	**ESPECIALISTA**
Médico Anestesista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Cardiologista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Clínico Geral/ Médico da Família	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Endocrinologista	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM

Médico Endoscopista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Gastroenterologista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Ginecologista/ Obstetra	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Hematologista	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Mastologista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Nefrologista	PJ	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Neurologista	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Oftalmologista	CLT	20 hs	R$ 12.000,00	SIM
Médico Otorrinolaringologista	CLT	20 HS	RS 12.000,00	SIM
Médico Ortopedista	PJ	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Pediatra	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Pneumologista	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Psiquiatra	CLT	20 HS	R4 12.000,00	SIM
Médico Radiologista	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Urologista	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Reumatologia	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM

Médico Dermatologia (Telemedicina)	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM
Médico Proctologista	CLT	20 HS	R$ 12.000,00	SIM

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA AMBULATÓRIO

- Conteúdo inserido no anexo IV desta proposta.

APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA E NÃO MÉDICA

É compromisso dessa proponente, mensalmente proceder com o informe, junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, do quantitativo de atendimento realizado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

São considerados como metas de produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes:

- Consultas Médicas Especializadas;
- Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (sessões/tratamentos_;
- Práticas Integrativas e Complementares – PIC;
- Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I;
- Serviço de Assistência Especializada – SAE – Grupo 12;
- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – AMENT/EMAESM – TIPO 2;
- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Unidade móvel: exames diagnósticos;
- Centro Especializado em Odontologia (CEO I);
- Clínica de Serviços Dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal);
- Unidade Móvel: exames diagnósticos.

A seguir apresentaremos as metas definidas no Instrumento de Chamamento Público em comento:

Consulta Médica	Meta Mensal
Total	5.748

Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos) (excetuando o atendimento odontológico)

Consulta da Equipe Multiprofissional	Meta Mensal
Total	2.064

Práticas Integrativas e Complementares – PIC

Conforme disposto no Termo de Referência do Chamamento Público em tela, a produção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) está relacionada à equipe que ofertar estas terapias: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multidisciplinar, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. As vagas ofertadas para as PIC serão somente interconsulta e sessões subsequentes.

Sobre este tópico vale adentrarmos no contexto do item 6.2 do Termo de Referência, que dispõe que a Policlínica deverá ofertar minimamente, dois tipos de PIC na carteira de serviços disponíveis, uma vez que as mesmas são indicadas no tratamento complementar e integrativo da dor, das doenças renais crônicas não transmissíveis e outras condições assim como, especialmente, na promoção da saúde.

Uma vez que a Musicoterapia já foi abordada em momento pretérito por essa proponente, como um projeto à ser desenvolvido na Policlínica, destacamos três práticas integrativas que farão parte da carteira de serviços ofertada aos usuários da unidade, quais sejam:

- Osteopatia;
- Acupuntura (medicina tradicional chinesa);
- Terapia de florais.

Oportunamente, comentaremos sucintamente sobre cada uma destas práticas:

OSTEOPATIA:

Osteopatia é um método de avaliação, diagnóstico e tratamento, realizado por fisioterapeutas, que visa restabelecer a função das estruturas e sistemas corporais, agindo através

da intervenção das mãos sobre os tecidos (articulações, músculos, fáscias, ligamentos, cápsulas, vísceras, tecido nervoso, vascular e linfático).

QUE DOENÇAS OU LESÕES A OSTEOPATIA PODE TRATAR?

As doenças mais frequentemente tratadas, são as dores do nervo ciático, lombalgias, dorsalgias, cervicalgias, escolioses, hérnias discais e torcicolos. Pode-se tratar também entorses articulares, tendinites, epicondilites, dores nos ombros, problemas da articulação temporomandibular (ATM), tensões e contraturas musculares.

A Osteopatia também é muito recomendada para pessoas que já sofreram algum tipo de lesão e que precisam de um acompanhamento para evitar uma recorrência.

ACUPUNTURA:

A acupuntura é uma terapia milenar originária da China, que consiste na aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo para tratar doenças e para promover saúde. Estas agulhas, quando aplicadas sobre algumas regiões específicas são capazes de tratar diversas doenças físicas ou emocionais como sinusite, asma, enxaqueca ou artrite por exemplo, além de melhorar o sistema imunitário.

A inserção das agulhas de Acupuntura estimula as terminações nervosas existentes na pele e nos outros tecidos, enviando desta forma mensagens até ao cérebro, o que desencadeia diferentes efeitos no corpo, como ação analgésica ou anti-inflamatória, por exemplo. Existem diversas comprovações científicas de que a acupuntura funciona mesmo, porém no Brasil ela só deve ser utilizada como forma para complementar o tratamento clínico orientado pelo médico.

Para que serve

A acupuntura é uma técnica que pode ser usada para reforçar o sistema imunológico e para o tratamento de problemas e doenças como por exemplo:

- Problemas na boca como dor após extração de dente, gengivite ou faringite;

- Doenças respiratórias como sinusite, rinite, resfriado comum, asma ou bronquite;

- Doenças oftalmológicas como conjuntivite, catarata ou miopia em crianças;

- Problemas neurológicos como dor de cabeça ou enxaqueca;

- Problemas gastrointestinais como excesso de acidez no estômago, úlcera duodenal, prisão de ventre ou diarreia;

- Problemas ortopédicos como dor ciática, lombalgia ou artrite reumatoide;

- Distúrbios de sono como insônia.

Além destes problemas, a acupuntura pode também ser utilizada no tratamento de doenças e distúrbios emocionais como ansiedade, excesso de estresse ou depressão, por exemplo.

Qualquer pessoa pode fazer acupuntura, mesmo nos casos onde não existe doença ou queixas físicas, e esta técnica pode inclusive ser feita em crianças, sendo nestes casos recomendada a utilização de laser em crianças com medo de agulhas.

TERAPIA DE FLORAIS:

O que é a terapia floral?

Terapia floral é um método simples e natural de cura, que atua sobre o estado emocional das pessoas e não sobre a doença física.

Os florais harmonizam e equilibram a personalidade, reagindo contra o estado de ânimo negativo, como irritação, medo, ansiedade, depressão, sentimento de culpa, raiva, preocupação, que podem ser a causa real das doenças e da infelicidade.

A terapia floral foi desenvolvida e descoberta pelo Dr Edward Bach, um dos primeiros cientistas a estudar a compreensão entre as emoções com a saúde do corpo e a psique.

Edward Bach é um médico inglês e importante bacteriologista. Na descoberta da terapia floral, ele baseava seu tratamento mais nas emoções do que no diagnóstico físico.

Mais tarde adentrou a Medicina Homeopática, apreciando o ser humano como um todo e a aplicação de remédios que energizam os poderes de cura do corpo.

Como a Terapia Floral funciona?

Assim como outras formas de medicina natural, têm efeito através do indivíduo, atuando especificamente na condição emocional da pessoa afetada.

O efeito ao tomar-se florais é o estímulo do próprio potencial de autocura da pessoa, liberando o sistema físico para empenhar-se completamente na luta contra a doença e o estresse.

Terapia Floral é um método natural que promete aliviar diversos sintomas

A Terapia Floral pode aliviar diversos sintomas, como:

- Estresse e cansaço;
- Ansiedade, medo, solidão;
- Problemas de relacionamento em casa ou no trabalho;
- Angústia e depressão.

A Terapia Floral pode agir em crises que ocorreram em diferentes fases da vida (adolescência, idade adulta, menopausa e andropausa, terceira idade), como insônia, tabagismo, alcoolismo e uma série de conflitos internos ou externos responsáveis por distúrbios físicos e mentais que afetam cada vez mais pessoas.

A eficiência do tratamento com terapia floral costuma ser dividida em quatro etapas, conhecidas como os quatro “R”:

- **Relaxamento:** sensação imediata de bem-estar.
- **Reconhecimento:** a essência floral começa a agir na mente, elevando os pensamentos.
- **Resistência:** é a etapa para aqueles que estão em um tratamento mais extenso; esta fase é marcada por uma vontade de desistir e pessimismo, mas é apenas uma fase, então seja perseverante.
- **Renovação:** a esperança e a positividade são restauradas e o paciente tem a sensação de bem estar.

Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I

Os atendimentos dos profissionais da equipe estão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional. Porém deverá ser precificado os insumos descritos nos itens 6.5.3.1; 6.5,3,2; 6.5.3.3; 6.5.3.4; 6.5.3.5; 6.5.3.6 e 6.5.3.7.

Serviço de Assistência Especializada - SAE- GRUPO 12

Os atendimentos dos profissionais da equipe estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – AMENT/EMAESM – TIPO 2

Os atendimentos dos profissionais que estarão relacionados às especialidades dos profissionais que realizarem os atendimentos: se o profissional for da equipe médica, a produção entrará para a meta da equipe médica, e se o profissional for da equipe multiprofissional, a produção será lançada na meta para a equipe multiprofissional.

Cirurgias Ambulatoriais- Cirurgia Menor Ambulatorial (CMA)

Cirurgia Ambulatorial – Cirurgia Menor Ambulatorial	Meta Mensal
Total	120

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT

SADT EXTERNO	Meta Mensal
Radiologia	600
Tomografia	600
Endoscopia	200
Colonoscopia	100
Cistoscopia	40
Nasofibroscopia	60
Punção aspirativa por agulha grossa	20
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	20
Urodinâmica	20
Mamografia	100
Colposcopia	80
Eletroencefalografia	100
Eletroneuromiografia	50
Ultrassonografia*	360
Doppler Vascular	60
Ecocardiografia	60
Eletrocardiografia	200
Holter	60
MAPA	60
Teste ergométrico	80
Espirometria	200
Audiometria	200
Emissões Otoacústica	40
Total	3310

* Ultrassonografia – Os tipos de ultrassonografia serão definidos previamente levando em conta a necessidade da região de saúde e sua demanda reprimida.

** Exames Oftalmológicos – deverão ser em quantidade equivalente ao número de consulta oftalmológica;

*** Biópsias Gerais – devem ter quantitativo correspondente as pequenas cirurgias e exames que necessitam do mesmo;

**** Patologia Clínica - o quantitativo deve atender a necessidade interna na unidade.

Centro Especializado em Odontologia (CEO I)

Após a implantação e funcionamento do serviço de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO tipo I), deverão ser ofertadas no mínimo as seguintes atividades contidas no Termo de Referência: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Consultas Odontológicas	Meta Mensal
Primeira Consulta	192
Consultas subsequente	288
Total	480

Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade:

Especialidades Mínimas	Meta Mensal
Procedimentos básicos*	80
Periodontia Especializada	60
Endodontia**	35
Cirurgia Oral Menor	80
Diagnóstico Bucal (ênfase em câncer bucal)	----

- Para a finalidade de monitoramento de produção, os procedimentos básicos a serem realizados são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.
- Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam:

0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.

- Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

Clínica de Serviços Dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal)

Meta Inicial:

Terapia Renal Substitutiva	Meta Mensal
Sessões Hemodiálise Considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	480
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal Considerando 9 dias de treinamento para cada paciente	6
Total	486

Unidade Móvel: Prevenção ao Câncer

Carreta de Prevenção ao Câncer	Meta Mensal
Mamografia	720
Papanicolau	720
Total	1440

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM COM ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NAS ÁREAS DE CENTRAL DE ESTERELIZAÇÃO E LABORATÓRIO

- Conteúdo disponível no anexo IX.

PROTOCOLO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O material encontra-se no Anexo V

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

Quando se pensa na atividade de serviço social, é impossível dissociá-la do bem estar da coletividade.

Deste modo, cabe ao Assistente Social contribuir com a qualidade de vida e na saúde do usuário da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás., além claro dos seus familiares.

O assistente social, traz consigo a competência da busca da justiça social, almejando sempre assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas e Políticas Sociais, bem como a sua gestão democrática. Aliás, trata-se esta competência, da busca pela observância aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

HORÁRIO DE ATUAÇÃO:

Na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.os profissionais do Serviço Social, atuarão na integralidade da carteira de serviços da unidade, nas 12 (doze) horas de funcionamento diário, de segunda à sexta, em turnos de 6 (seis) horas, cumprindo jornada de trabalho semanal de 30 horas nos termos da Lei n º 12.317/2020.

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

A Lei nº 12317/2010 determina a jornada de trabalho aplicável aos profissionais do serviço social, atribuindo-lhes uma carga horária de 30(trinta) horas semanais.

Recomenda-se que um assistente social, realize três consultas/hora/turno de atendimento,

Estimando-se que 10% dos pacientes que busquem a unidade a cada dia, acabam por levar alguma questão ao Serviço Social todos os dias.

Deste modo, teremos 28 (vinte e oito) atendimentos a cada dia no intervalo das 7:00 às 19:00 hs.

Assim, propomos dois assistentes sociais no turno das 7 hs às 13 hs e outros dois das 13 às 19 h.

Requisitos para o exercício da função:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Assistentes sociais: bacharel em serviço social devidamente registrado no Registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Os atendimentos sociais serão realizados na própria estrutura da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás., nos consultórios destinados para a realização da avaliação social do paciente, assim como para a prestação de serviços de orientação e demais formas de encaminhamentos.

DESCRIÇÃO DO CARGO:

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL
SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA ADMINISTRATIVA
ÁREA: Serviço Social – Apoio a Assistência

5. Objetivo: Proporcionar atendimento de serviço social aos pacientes e aos seus familiares durante a permanência na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

.

6. Atribuições:

- Fazer os encaminhamentos corretos e acompanhar o paciente em suas demandas (referência e contra referência);
- Buscar intermediar contato entre o paciente e a rede de apoio e proteção social quando necessário;
- Proporcionar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social;
- Nos assuntos que se referem a assistência social, estar sempre disposto a atender e orientar o paciente e seus familiares.

8. Experiência requerida: atuação em ambiente hospitalar ou ambulatorial

O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto as questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás., atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação.

A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

NORMATIVAS:

Das competências:

Compete ao Coordenador do Setor:

- Realizar estudos sobre as demandas do setor;
- Inspecionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
- Assessorar o Diretor Geral da unidade no que lhe competir;
- Planejar, inspecionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de atividades no setor;
- Propor ao Diretor Geral a necessidade de contratação ou dispensa de colaboradores sob sua responsabilidade;
- Participar de reuniões com temáticas que lhe forem pertinentes;

- Contribuir na contratação de recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços da unidade; sempre almejando melhor atendimento;
- Fazer relatório e atividades mensal;
- Aprovar o Plano de Férias anual dos colaboradores do setor;
- Zelar pela guarda, controle e conservação dos equipamentos e materiais que utilizar.

Compete aos Assistentes Sociais:

- Desempenhar suas funções no Serviço Social;
- Prestar orientação aos usuários da Policlínica, bem como aos seus familiares;
- Realizar atendimento social, encaminhamento social, visita social, triagem social;
- Buscar a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais na Policlínica;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
- Comandar e participar de pesquisas que proporcionem melhores condições de saúde aos usuários;
- Analisar o processo saúde-doença dos usuários e atuar com relação a situação econômica e cultural dos pacientes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Objetivar a integração entre os profissionais interdisciplinares na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás., de modo que se interprete a problemática do paciente e a sua situação social;
- Atuar para a humanização do atendimento em saúde;
- Se responsabilizar por seus procedimentos técnicos;
- Supervisionar e avaliar os estagiários do serviço social;
- Buscar sempre a eficiência dos serviços;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

ROTINAS:

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório, Hemodiálise e SADT:

Tal documento, visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatório e SADT.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
- Acolher os usuários e seus familiares;
- Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
- Acompanhar o início das atividades dos setores;
- Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
- Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
- Acompanhar sistematicamente os usuários que estão se submetendo a seções de hemodiálise/diálise, fortalecendo vínculos, identificando necessidades, orientando e encaminhando sempre que preciso;
- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;
- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO ATIPÍCO DE ÓBITO NA POLÍCLINICA:

Ainda que não seja o perfil da unidade, vez não realizar internação, nem procedimentos de maior porte, é possível, atipicamente, que durante um procedimento ou exame, ocorra alguma situação inesperada de óbito na unidade. Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos sérvios disponíveis na rede de apoio social;
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;

- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;
- Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL:

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de serviço Social:

Preceptor Assistente Social:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;

- Elaborar o planejamento da supervisão;

- Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;

- Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com o planejamento e o plano de trabalho delimitados;

- Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;

- Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;

- Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;

- Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria;

- Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;

- Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;

- Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectividade de integralidade do SUS;

- Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;

- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;

- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma de acesso e garantia dos direitos sociais;

- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde, vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O cuidado em saúde com o usuário como é o caso do modelo da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, exige que o paciente seja visto e assistido sobre um enfoque multiprofissional e de maneira interdisciplinar.

Nesse sentido, definir atribuições gerais ao corpo de colaboradores multiprofissional, de forma a padronizar as situações e modos operacionais, e sobretudo garantir assistência segura aos pacientes é uma preocupação dessa proponente.

Compete ao serviços assistenciais:

I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;

II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;

III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;

IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;

V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;

VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;

VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;

VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;

IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;

X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;

XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;

XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

XIV – Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;

XV – Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

Na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás serão consideradas a seguinte carteira de serviços e áreas de atuação da equipe multidisciplinar:

- Ambulatório;
- Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (sessões/tratamentos);
- Práticas Integrativas e Complementares – PIC;
- Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas I;
- Serviço de Assistência Especializada – SAE – Grupo 12;
- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – AMENT/EMAESM – TIPO 2;
- Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais: intervenções cirúrgicas ambulatoriais;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Unidade móvel: exames diagnósticos;
- Centro Especializado em Odontologia (CEO I);
- Clínica de Serviços Dialíticos (hemodiálise e diálise peritoneal);
- Unidade Móvel: exames diagnósticos.

A equipe multiprofissional da Policlínica contará com a liderança e suporte de uma Coordenação Multiprofissional, que será coordenada por um profissional de enfermagem. Á essa coordenação estará vinculada as seguintes áreas multiprofissionais:

- - Psicologia
- - Serviço Social
- - Fisioterapia
- - Fonoaudiologia

- - Terapia Ocupacional
- - Farmácia
- - Nutrição
- Odontologia

Caberá ao coordenador multiprofissional:

I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;

II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;

III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

V- Incentivar o uso de sistema informatizado da Policlínica, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;

VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

Cabe a equipe multiprofissional da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás:

I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias

de Gestão de Pessoas da unidade;

II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;

III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;

V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

ENFERMAGEM

A unidade de Enfermagem, compete:

- Auxiliar na assistência de Enfermagem;
- Responder pelos mapas de medicamentos e entrega dos mesmos e outros mapas implantados pelo Ministério da Saúde;
- Elaborar fluxograma de atendimento do serviço;
- Elaborar projetos que visem a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais da equipe;
- Elaborar junto com a equipe, protocolos que visem a melhoria da assistência;
- Participar de treinamentos;
- Auxiliar o médico nos acompanhamentos dos pacientes atendidos quando for solicitado;
- Auxiliar na supervisão dos acadêmicos de Enfermagem;
- Realizar campanhas de prevenção de agravos conforme solicitado;
- Realizar orientações diversas e atendimentos aos usuários.

PSICOLOGIA

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Assistir psicologicamente a pacientes do ambulatório e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/ programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família, tanto na forma individual como em grupo;

II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

III- Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

VII- manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

VIII- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

IX- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

X - Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XI - fazer a intermediação entre a Unidade de Psicologia com as instâncias internas pertinentes, bem como com os órgãos externos, no tocante a ensino e pesquisa;

SERVIÇO SOCIAL

A Unidade do Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentais teóricos metodológicos;

II- Acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes;

III - Agilizar recursos mediante a possibilidades de facilitar ou melhorar qualidade deste atendimento;

IV- Planejar ações em conjunto com as equipes com o objetivo de socializar a educação em saúde preventiva;

V- Informar, orientar e encaminhar o paciente a rede sócio- assistencial;

VI - Participar das reuniões de equipe para maior integração das mesmas;

VII - Supervisionar estagiário do Serviço Social;

VIII - Colaborar na elaboração de projetos,

IX - Realizar reuniões de grupo;

X- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde- doença;

XI - Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;

XII - Esclarecer e interpretar ao paciente/ familiar, normas e rotinas institucionais;

XIII - - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

XIV - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

XV- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

XVI - Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade.

FISIOTERAPIA

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

I- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes da unidade;

II- Identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

III - Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

IV- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

V- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

VI - Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;

VII - promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

VIII - Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

IX - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

X - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FONAUDIOLOGIA

A equipe de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

III - Orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;

IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;

V- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;

VIII— propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas;

IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas;

X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;

XI- promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

XI- garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;

XII — zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades;

XIII- - participar de comissões internas onde for designado;

XIV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

XV - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

XVI - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;

XVII - Prestar atendimento diário;

XVIII - Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;

XIX - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;

XX - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

TERAPIA OCUPACIONAL

O Setor Terapia Ocupacional tem as seguintes atribuições:

I - Garantir assistência em suas várias formas aos pacientes e o tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos;

II - Executar métodos e técnicas terapêutico ocupacionais, objetivando promover o desempenho ocupacional satisfatório do paciente, restaurando, desenvolvendo e conservando sua funcionalidade em todas as áreas de ocupação;

III Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;

IV - Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

V Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

VI - Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;

VII - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;

VIII - elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacionais padrão relacionados a sua área de atuação;

IX - Desenvolver e participar de orientações, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal por meio de programas de educação continuada e/ou de cursos de aperfeiçoamento/especialização voltados à comunidade profissional;

X - Desenvolver e participar de projetos de pesquisa na sua Unidade específica e/ou conjunta com outras disciplinas/unidades, visando à consecução dos objetivos da Unidade de Terapia Ocupacional;

XI — Dispor de programas de avaliação das atividades executadas, acompanhando a qualidade dos serviços prestados;

XII - Propor e observar normas para a utilização da Unidade no campo de ensino, primordialmente no desenvolvimento após a graduação, de profissionais psicólogos nas formas de aprimoramento, especialização e residência, participando da execução de programas de ensino;

XIII - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FARMÁCIA

Ao setor de Farmácia compete:

I - Realizar orientações e entrega de medicamentos;

II - Responder pelos mapas de medicamentos;

III- Solicitar medicamentos e insumos;

IV - Manter organizado a farmácia;

V - Receber, estocar e controlar a medicações;

VI – Zelar pela adesão e disponibilidade de medicamento ao paciente;

VII - Remanejar medicações evitando perda por validade.

VIII - Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

IX - Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;

X - Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;

XI - Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional;

XII - Participar de ações de ensino e pesquisa;

XII - Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;

XIII - Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecno vigilância;

XIV - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;

XV - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;

XVI - Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indica- dores e metas estabelecidas.

NUTRIÇÃO

Ao setor de Nutrição compete:

I - Avaliar o estado nutricional do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do paciente, quando necessário;

III - Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;

IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;

V - Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos pacientes;

VI - Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;

VII - Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;

VIII- Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à área de atuação.

IX - Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento ambulatorial;

X- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

XI- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;

XII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

ODONTOLOGIA

O Serviço de Odontologia da Policlínica , desenvolverá ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em diversas especialidades Odontológicas que compreendem a Atenção Básica: Periodontia, Cirurgia, Dentística, Endodontia, Saúde Coletiva, Estomatologia.

O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14.04.64 e 5.081, de 24.08.66, no Decreto nº 68.704, de 03.06.71.

Compete ao Serviço de Odontologia:

a) orientar os pacientes sobre higiene bucal;

b) marcar consultas;

c) preencher e anotar fichas clínicas;

d) manter em ordem arquivo e fichário;

e) revelar e montar radiografias intra-orais;

f) preparar o paciente para o atendimento;

g) auxiliar no atendimento ao paciente;

h) instrumentar o cirurgião-dentista e o técnico em higiene dental junto à cadeira operatória;

i) promover isolamento do campo operatório;

j) manipular materiais de uso odontológico;

h) selecionar moldeiras;

i) confeccionar modelos em gesso;

j) aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;

l) proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico.

A equipe de odontologia fará atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, em cuidados paliativos, em cuidados intensivos, adultos, pediátricos e geriátricos. 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.

HORÁRIO:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 6 (seis) horas dias, de 7 às 13 hs e 13 às 19 hs

ABRANGÊNCIA, ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

FISIOTERAPIA: O serviço de fisioterapia integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 3 (três) fisioterapeutas e realizarão atendimentos aos usuários, familiares/rede de apoio social. 1 profissional no período matutino e 2 profissionais no turno vespertino na unidade.

FARMÁCIA: O serviço de farmácia integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Contará com uma equipe formada por 2 (dois) farmacêuticos e realizarão atendimentos aos usuários e setores, sendo 1 profissional no período matutino e 1 profissional no turno vespertino na unidade.

PSICOLOGIA: O serviço de Psicologia integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades,

permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção psicológica e possibilitará adequação da equipe

Para o serviço de Psicologia contará com equipe formada por 3 (três) psicólogos. Destes, 2 (dois) atuarão no turno matutino, 7 às 13 hs e 1 (um) no período vespertino – das 13 às 19 hs.

NUTRIÇÃO: O serviço de Nutrição integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de nutrição e possibilitará adequação da equipe.

Nos termos da Resolução CFN nº 600 de 2018, sugerimos que a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás seja contemplada por 4 (quatro) profissionais, levando em conta o setor de hemodiálise e diálise que nos termos de tal resolução carece de um profissional.

Assim, teremos 2 (dois) profissionais no turno matutino, e 2 (dois) no turno vespertino na unidade.

SERVIÇO SOCIAL: O Serviço Social integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: O serviço social contemplará pacientes nas diversas multi-especialidades, permitindo atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção, agindo com acolhimento e eficiência na resolução de demandas.

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos dois assistentes sociais no turno das 7 hs às 13 hs e outros dois das 13 às 19 hs.

ENFERMAGEM: O serviço de Enfermagem integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Área de abrangência principal é Ambulatório (Clínica Médica), Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial, Unidade de Centro de Materiais (CME).

O serviço de Enfermagem integrará o corpo de profissionais da Policlínica com uma equipe formada por profissionais de Enfermagem para: 01 Diretoria Assistencial, 01 coordenação de clínica médica, 01 Serviço de Controle de Infecção Ambulatorial, 01 para o Centro de Materiais Esterilizados, 01 para Serviço de Núcleo do Paciente, 02 para unidade móvel (carreta), 18 na Clínica Médica, 01 na Imagiologia, 02 no Laboratório.

TERAPIA OCUPACIONAL: O serviço de Terapia Ocupacional integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: A equipe oferecerá atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, em cuidados paliativos, , adultos, pediátricos e geriátricos.

Na Clínica Médica, a Terapia Ocupacional buscará enriquecer o tratamento oferecido na instituição, por meio de intervenções específicas nos deficits 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.

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, por meio de atividades expressivas/construtivas e lúdicas, de estimulação percepto cognitiva e sensóriomotora controlada e humanização do ambiente.

O Serviço de Terapia Ocupacional contará com uma equipe formada por 2 (Dois profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 1 (um) no período matutino (7:00 às 13:00) e 1 (um) no período vespertino (13:00 às 19:00).

FONAUDIOLOGIA: O serviço de Enfermagem integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: ▪ Atendimento ambulatorial: São realizados atendimentos ambulatoriais tendo como ênfase os distúrbios da deglutição adulto, infantil e neonatal, afasias, disartrias e algumas alterações vocais. Os atendimentos são realizados por meio de interconsultas.

O Serviço Fonoaudiologia contará com uma equipe formada por 2 (Dois profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 1 (um) no período matutino (7:00 às 13:00) e 1 (um) no período vespertino (13:00 às 19:00).

ODONTOLOGIA: O serviço de Odontologia integra o corpo de profissionais da Policlínica e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de odontológica.

O Serviço de Odontologia contará com uma equipe formada por 2 (Dois profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 1 (um) no período matutino (7:00 às 13:00) e 1 (um) no período vespertino (13:00 às 19:00).

NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

NORMATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL NO DESEMPENHO LABORAL NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

- Quando se menciona a atividade de administrar uma instituição, esta tem por características gerais a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente.

A estrutura da Diretoria Administrativa da Policlínica Regional – Cidade de Goiás se dá do seguinte modo:

- Coordenação Administrativa:

Recursos Humanos;

Tecnologia da Informação;

SAME;

Ouvidoria;

Compras.

- Coordenação de Operações:

NIR;

SESMET;

Engenharia Clínica;

Manutenção Predial;

Metas Contratuais;

Limpeza e Serviços Gerais.

- Coordenação Jurídica;

- Coordenação de Qualidade:

Comissões;

Comunicação e Relações Institucionais;

Núcleo de Ensino e Pesquisa

Já com relação a Diretoria Financeira:

- Contabilidade;

- Gestão de Custos;

- Prestação de Contas;

- Auditoria.

Para o bom funcionamento da unidade, devem haver normas e rotinas de trabalho que definam modo de atuação durante o desempenho das atividades que compõe a Administração Geral.

As normas devem ser do conhecimento de todos e treinamentos devem ser ofertados de modo a padronizar a atuação profissional.

FUNCIONAMENTO:

AMBULATÓRIO

O Ambulatório funcionará de segunda a sexta 07 ás 19hs, 12 hs/dia.

SADT : 12 horas/dia, 5 dias por semana , de 2a a 6a feira de 7h às 19hs

RECEPÇÕES: As recepções da Policlínica funcionarão da seguinte forma: Ambulatório: de 2ª a 6ª feira de 7h às 19h. SADT : de 2ª a 6ª feira de 7h às 19h.

Equipe composta por recepcionista e vigilantes.

PORTARIA

A Portaria funcionará de 2ª a 6ª feira de 7h às 19h, sendo que será definido, em função do layout físico da Unidade como será distribuída a equipe pelas portas de acesso.

A equipe composta por seguranças.

SEGURANÇA

Funcionarão 24h por dia, de domingo a domingo (7 dias por semana). Equipe composta por seguranças

ALMOXARIFADO

O Almoxarifado funcionará de segunda a sexta das 7 às 19hs com sua equipe de colaboradores.

Equipe composta pelo Coordenador da Área , Auxiliares de almoxarifado e Agente Administrativo.

MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 12h por dia de segunda à sexta, das 7 às 19 hs.

Equipe composta por eletricistas, Coordenador da área, Auxiliares de manutenção, auxiliar administrativo.

ATIVIDADE DE ADMINISTRAÇÃO:

A estrutura administrativa da Policlínica, será estruturada conforme realidade e características da unidade, visando melhoria contínua e dar suporte para a implementação de um atendimento humanizado, bem como visa proporcionar atividades que alcancem as metas preestabelecidas, sendo que o modelo de gestão a ser implementado pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada objetiva adotar elementos e um modelo que busca o alinhamento com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS com a manutenção do atendimento ininterrupto dos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança da equipe.

Cada setor terá supervisão do respectivo responsável, devidamente designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanhará os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho

e preconizados no Edital. Os serviços administrativos comuns funcionarão em dias úteis e dentro do horário comercial, à exceção das aditividades cruciais que requeiram atendimentos em horários diferenciados (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.

Além da estrutura técnico-operacional prestada diretamente pela Administração do IBGC, a Administração da Policlínica também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

Gestão de Pessoas - responsável por todo tratamento documental e de atendimento relacionado aos profissionais da unidade;

Logística - na qual acompanhará toda a cadeia logística da unidade, inclusive recepção, bem como a gestão de contratos e os serviços de segurança e transporte;

Engenharia Clínica – acompanhamento, execução e gestão das manutenções preventivas e corretivas de todo parque tecnológico de equipamentos médico- hospitalares da Policlínica;

Segurança e Saúde do Trabalhador – responsável por acompanhar a segurança e saúde dos profissionais, com alimentação de dados estatísticos, controle de documentos e implementações de ações visando a prevenção de acidentes.

Faturamento – acompanhará a produção e faturamento dos atendimentos realizados na unidade, devidamente descritos no Manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos; Material e Patrimônio – no qual controlará a gestão de materiais, móveis e equipamentos diversos, bem como dará o devido tratamento conforme normas de gestão patrimonial relacionados na presente proposta;

Manutenção Predial – responsável pela gestão estrutural da unidade, providenciando manutenções e intervenções para viabilizar a continuidade do atendimento aos pacientes e as atividades técnico-operacionais e administrativa da Policlínica;

Hotelaria – acompanhará os serviços de lavanderia, rouparia, dedetização e controle de pragas, ajardinamento, limpeza e desinfecção hospitalar visando continuidade dos serviços da unidade, proporcionando segurança e conforto dos pacientes.

Farmácia – gestão de todo estoque, recebimento e distribuição de medicamentos, insumos e correlatos na unidade;

Documentação e Arquivo – acervo documental dos pacientes e da Policlínica com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Abaixo segue um modelo de controle de acesso a Policlínica, onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior da Policlínica, cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade.

ROTINAS:

A) Identificação de pessoas para acesso à unidade

Descrição: Registro no livro de ocorrências, o nome e documento identificador da pessoa, bem como fornecer crachá correspondente ao setor solicitado.

Responsável: Porteiro

B) Rondas periódicas

Descrição: o responsável fará rondas por toda a unidade de modo à localizar eventualmente pessoas sem crachá. De maneira suave, respeitosa e educada. Se houver alguma intercorrência nesse ato, deverá haver registro do mesmo.

Responsável: Segurança

C) Condução de veículos

Descrição: Conduzir o veículo, conferir combustível, óleo, água, anotar quilometragem. Caso necessário, requerer combustível ou outra demanda veicular.

Responsável: Motorista

D) Compra de materiais/suprimentos:

Descrição: Checar o memorando de solicitação e conferir a necessidade do pedido. Cotar com ao menos três fornecedores. Efetuar a compra pelo menor preço ofertado.

Responsável: Assistente Administrativo / Coordenador

EQUIPE POLICLÍNICA – CIDADE DE GOIÁS (VÍNCULO E CARGA HORÁRIA NA UNIDADE)

1) Assistente Administrativo:

Subordinação: Diretor Administrativo

Função: Atribuições administrativas tais como: tirar cópias, lançar dados em sistema, conferir documentos, dentre outros:

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: não requer

2) Motorista

Subordinação: Diretor Geral

Função: Distribuir documentos externos à unidade; atender a demanda de setores, inspecionar cotidianamente o veículo, zelando pela sua conservação.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: CNH categoria "B" e 1 (um) ano de experiência comprovada na função.

3) Analista Financeiro:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Realizar o planejamento de toda a rotina financeira; acompanhar recebimento e pagamentos efetuados, analisar fluxo de caixa e elaborar projeções de faturamento a fim de identificar melhorias no desempenho econômico-financeiro da unidade; realizar o processo de contas a pagar.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 18 (dezoito) meses de experiência na função.

4) Analista de Gestão de Pessoal:

Subordinação: Coordenador de Recursos Humanos

Função: Se responsabilizar para orientar a unidade de saúde e auxiliá-la nos assuntos referentes à gestão de pessoas, analisar os de alterações de cargos, promoções, transferências, demissões e outros tipo de movimentação de pessoal, observando as normas e procedimentos aplicáveis, visando contribuir para a tomada de decisões nesses assuntos;

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

5) Analista de Compras:

Subordinação: Diretor Financeiro

Função: Acompanhar as requisições de compras, manter contato com fornecedores, negociar preços e fazer controle de pedidos e orçamentos na área, atuar com emissão de notas fiscais, realizar cotações diversas, emitir e acompanhar pedidos até sua entrega, acompanhamento dos pedidos, cadastro de novos fornecedores para consultas e cotações.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

6) Técnico em Segurança do Trabalho:

Subordinação: Diretor Geral

Função: Orientar e coordenar o sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes, analisando esquemas de prevenção; Inspecionar locais, instalações e equipamentos da unidade e determinar fatores de riscos de acidentes; Propor normas e dispositivos de segurança, sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância, para prevenir acidentes; Inspecionar os postos de combate a incêndios, examinando as mangueiras, hidrantes, extintores e equipamentos de proteção contra incêndios; Comunicar os resultados de suas inspeções, elaborando relatórios; Investigar acidentes ocorridos, examinando as condições da ocorrência, para identificar suas causas e propor as providências cabíveis.

Intermediar junto aos serviços médico e social da instituição, visando facilitar o atendimento necessário aos acidentados; Registrar irregularidades e elaborar estatísticas de acidentes; Treinar

os funcionários sobre normas de segurança, combate à incêndios e demais medidas de prevenção de acidentes; Coordenar a publicação de matéria sobre segurança no trabalho, preparando instruções e orientando a confecção de cartazes e avisos, para divulgar e desenvolver hábitos de prevenção de acidentes; Participar de reuniões sobre segurança no trabalho, fornecendo dados relativos ao assunto, apresentando sugestões e analisando a viabilidade de medidas de segurança propostas, para aperfeiçoar o sistema existente; Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática. Executar e apoiar outras tarefas para o desenvolvimento das atividades do setor, inerentes à sua função.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 1 (um ano) de experiência na função

7) Coordenador de Almoxarifado:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Confere notas fiscais, confronta notas e pedidos, encaminha materiais para armazenamento. Cuida de prazos de entrega dos produtos, solicita reposição de estoque. Acompanha pedidos de compras, administra atendimento a requisições de materiais e controla níveis de estoque. Otimiza estocagem de material. Acompanha prazo de vencimento de validade dos materiais. Realiza o levantamento de inventário físico, emite solicitações de compra e controle diversos de expedição dos materiais.

Nível de ensino requerido: Ensino Médio Completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

8) Coordenador de Custos

Subordinação: Diretoria Financeira

Função: Lançar todas as informações; calcular dados par a composição os indicadores de custos; calcular dados para a composição dos indicadores de custos; levantar mensalmente os gastos

gerais da unidade para uma análise comparativa da diretoria; elaborar projeções orçamentárias e outras atividades inerente à sua atividade.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Economia.

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

9) Analista de Gestão de Pessoas:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Realiza análise da área de Recursos Humanos, recruta e seleciona novos colaboradores, levanta necessidades de treinamento e avalia desempenho de pessoal. Desenvolve planos de carreiras e dissemina cultura organizacional.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Administração ou Psicologia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

10) Farmacêutico:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, organizar e dirigir os serviços sob sua responsabilidade; fazer cumprir as normas e regulamentos da Policlínica; Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais; Recebe3r os medicamento e materiais em seu setor, providenciando a conferência da quantidade e espécie recebidas com os documentos de entrega e solicitação de compra; visar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados; distribuir os materiais e medicamentos de acordo com as requisições recebidas; Exercer outras atribuições que lhe competem;

Nível de ensino requerido: Formação superior em Farmácia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

11) Engenheiro – Setor de Manutenção:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Planejar, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas no setor de manutenção; Fazer cumprir as normas e regulamentos da Policlínica; Supervisionar as atividades e avaliar o desempenho de seus subordinados; Cumprir nos prazos estabelecidos pelo Diretor Administrativo; normatizar, organizar e priorizar as solicitações de manutenção, tendo em vista o bom andamento dos serviços da unidade; proceder com a manutenção do prédio, mantendo-o arejado, livre de vazamentos e ligações elétricas mal executadas; Manter estreito relacionamento com o Serviço de Manutenção terceirizado, tendo em vista a agilização dos atendimento às solicitações internas; Exercer outras funções que lhe competem.

Nível de ensino requerido: Formação superior em Engenharia

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

12) Arquivista para atuar no SAME:

Subordinação: Diretoria Administrativa

Função: Registrar e controlar toda a movimentação dos prontuários dentro da unidade; zelar pela clareza e exatidão dos prontuários médicos; colaborar em programas de ensino e pesquisa, cumprir normas e regulamentos da unidade; executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.

Nível de ensino requerido: Ensino médio completo

Experiência: 2 (dois anos) de experiência na função

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
Diretor Administrativo	1	44 hs/semanais
Coordenador Administrativo	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo	1	44 hs/semanais
Motorista	1	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo	1	44 hs/semanais

Farmacêutico	2	30 hs/semanais
Auxiliar de Farmácia	1	44 hs/semanais
Coordenador de Almoxarifado	1	44 hs/semanais
Auxiliar de Almoxarifado	2	44 hs/semanais
Nutricionista	4	30 hs/semanais
Coordenador de Manutenção Predial	1	44 hs/semanais
Engenharia Clínica	1	44 hs/semanais
Coordenador de Tecnologia da Informação	1	44 hs/semanais
Técnico de redes	1	44 hs/semanais
Analista de Suporte	1	44 hs/semanais
Faturista	2	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Patrimônio	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para SAME	2	44 hs/semanais
Gerente de Gestão de Pessoas	1	44 hs/semanais
Analista de Gestão de Pessoas	2	44 hs/semanais
Técnico em Segurança do Trabalho	1	44 hs/semanais
Diretor Financeiro	1	44 hs/semanais
Tesoureiro	1	44 hs/semanais
Contador	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Diretoria Financeira	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Analista de Compras	1	44 hs/semanais

NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA POLICLÍNICA

Termos e métodos:

a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

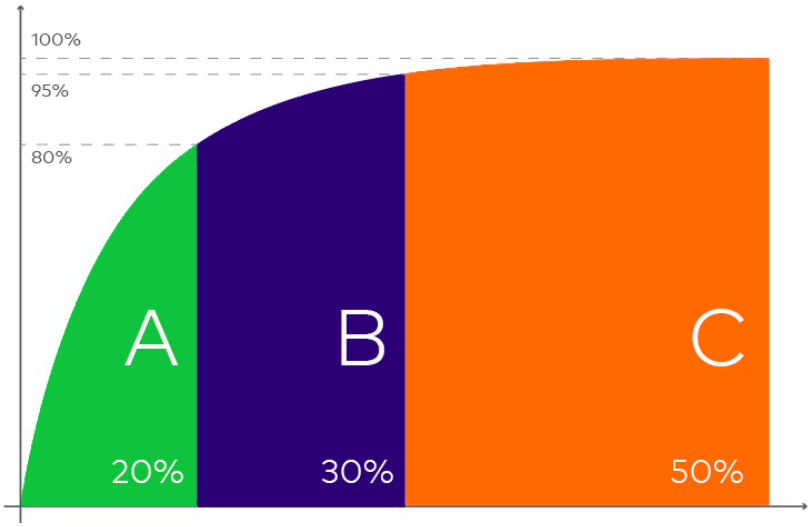
Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

– **Classe A**: 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;

– **Classe B**: 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;

– **Classe C**: 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a **CLASSE A** é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A **CLASSE B** é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A **CLASSE C** é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;
2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;
3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;
Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;
R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

> *A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)*

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- **X**: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- **Y**: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- **Z**: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
- Necessita de avaliação criteriosa;
- Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
- Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros à serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este **método de avaliação de estoque** é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

CMP = Valor total do estoque / Número de itens comprados e armazenados.

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de aprovisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para **lead time em logística**, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o **lead time em logística**, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O **lead time em logística** ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- **Lead time de compra**: tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- **Lead time de produção**: tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;

- **Lead time de preparação e entrega**: tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real da Policlínica no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o valor da aquisição:

MAT/MED	CUSTO (R$)	SOLICITAÇÃO			
		Coordenador ou responsável pelo setor solicitante	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou Coordenador Administrativo	Diretoria Administrativa ou ou Coordenador Administrativo
Padronizados	Até R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não padronizados	Até R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O IBGC providenciará na gestão e operacionalização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avalição de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do IBGC na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos à serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pela Policlínica;

- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);

- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
- Cópia da inscrição estadual;

- Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admita a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido na Policlínica sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa na Policlínica, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor

demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores da Policlínica é fundamental. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas à serem observadas pelo fornecedor:

a) fornecer os insumos conforme os padrões exidos pelas NT's;

b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;

c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;

d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;

e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;

f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do IBGC enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde da Policlínica:

a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;
b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;
c) proceder com o detalhamento devido aos itens à serem adquiridos;
d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);
e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;
f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo IBGC na gestão da Policlínica junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS NA POLICLÍNICA

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	**Segunda a Sexta-feira**	**07 às 17 hs.**

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTE E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão na Cidade de Goiás e toda região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado da Policlínica é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pós), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e consequentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e

semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da unidade.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

CHECK LIST PARA CADASTRAMENTO DE FORNECEDOR

Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás	CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES	Data: Código:
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:	**Entregue:**	**Não aplicável ao item:**
Ficha cadastral da empresa	( )	Obrigatória
Contrato Social com certidão narrativa	( )	Obrigatória
Cartão do CNPJ	( )	Obrigatória
Nutrição Enteral, Medicamentos, Materiais médicos hospitalares, saneantes, laboratório e químicos		
Autorização de funcionamento pela ANVISA	( )	( )
Alvará sanitário de funcionamento (municipal)	( )	( )
Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF ou outros	( )	( )
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manutenção	( )	( )
Gêneros alimentícios		
Licença de funcionamento exarado pela Prefeitura Municipal	( )	( )
Autorização do Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	( )	( )
Alvará sanitário municipal	( )	( )
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	( )	( )
Prestadores de Serviços		
Certidão Negativa de Falência e Concordata	( )	( )
Cópia da Inscrição Estadual	( )	( )
Certificado de Regularidade com FGTS	( )	( )
Certidão Negativa de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, e INSS.	( )	( )
Certificado de Regularidade com a Previdência Social/ INSS-CND	( )	( )
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	( )	( )
PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	( )	( )

( ) **Aprovado** ( ) **Reprovado**

Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Razão Social:	
CNPJ:	Nº do Contrato

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
Cargo:	Setor:

Autorizo e informo que, a partir da presente data, começam a contar os prazos e condições de fornecimento acordadas.

_____

Responsável pelo Setor de Compras/Diretoria Administrativa

Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás	**CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE INSUMOS**	**Data:** **Código:**
Item de Análise	**Em conformidade:**	**Não aplicável ao item:**
A entrega foi realizada no prazo determinado?	( )	( )
O entregador estava vestido de maneira adequada?	( )	( )
O veículo que transportou o item estava adequado? (conservação, limpeza e documentação)	( )	( )
A NF está com os dados corretos?	( )	( )
Existem não conformidades nas embalagens?	( )	( )
Existe lote e validade do produto em acordo com a NF e dentro do prazo para consumo?	( )	( )
As temperaturas estão adequados a necessidade do item?	( )	( )
Notas fiscais estão apresentadas em bom estado?	( )	( )

DATA: ____/____/____

_____

Responsável pelo Setor

DA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

- É necessário, antes de mais nada, a definição de quem são os responsáveis setoriais que podem solicitar materiais;

- Deste modo, o sistema informatizado da unidade, criará um cadastro de usuário, que poderão requerer insumos e materiais de acordo com a especificidade de sua atuação profissional. Essa especificidade de insumos/materiais por setor e atividade laboral, será definida por uma comissão, criada especificamente para essa regulamentação interna.

- Realizar sistematicamente auditorias para analisar se há acúmulo ou carências de insumo nos locais de consumo.

APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL NA POLICLÍNICA – CIDADE DE GOIÁS

A contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial será executada em observância aos princípios administrativos tais como economicidade, publicidade e moralidade e utilizando como referência de preços os valores disponíveis no Portal de Compras do Governos Estadual e Federal.

Serão usados ainda como referências, os seguintes critérios:

HOTELARIA

A hotelaria hospitalar é composta pela junção de serviços com o objetivo de promover a satisfação de todas as necessidades do usuário, as quais envolvem o seu bem-estar, segurança, privacidade e respeito a valores.

Entre os principais serviços que podem ser disponibilizados pela hotelaria estão:

• lavanderia – (lembrando a ausência na planta atual da Policlínica de espaço destino à essa finalidade, devendo ser: * criada uma unidade para esse fim; ou utilizado material 100% descartável; ou terceirizado a totalidade do serviço;

• limpeza e higienização;

• segurança privada

Limpeza e Higienização

Em uma unidade de saúde, os serviços de limpeza e higienização são de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança, fluxo e assistência aos pacientes, visitantes, e pessoas que transitam em suas dependências.

A limpeza irá contribuir para diminuir as infecções ambulatorial, gerando benefícios a todos os envolvidos. Os pacientes, muitas das vezes debilitados, ao contraírem infecção tendem a ser hospitalizados e assim permanecerem, gerando desgastes aos mesmos e mais ônus para a Administração. Portanto se faz necessário manter a prestação continuada do serviço de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade de saúde de maneira adequada, dentro das normas e legislações pertinentes.

Os serviços de limpeza e higienização serão terceirizados e realizados por empresa especializada e os serviços executados e os materiais fornecidos para a execução dos mesmos devem seguir as seguintes referências normativas Portaria n°15, de 23 de agosto de 1988 ANVISA; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília,1994; Resolução RDC n° 14, de 28 de fevereiro de 2007; Resolução RDC n* 13, de 28 de fevereiro de 2007; Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos. IBAM/COMLURB, 2010; Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Limpeza e Desinfecção de Superfícies - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA — 2010; RDC № 42, de 25 de outubro de 2010; Normas Regulamentadoras: NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, NR 6 - Equipamento de Proteção Individual, NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, NR 24 - Condições Sanitárias e Conforto nos Locais de Trabalho, NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, instrução Normativa n"- 6, de 23 de dezembro de 2013.

O risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Mas, a classificação da área auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (Limpeza e Desinfecção de Superfícies — ANVISA — 2010). 4.3.1.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área na Policlínica: Centro de Procedimentos (pequeno porte), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e esterilização (CME), Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e Farmácia.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem e corredores.

Áreas não - críticas: são todos os demais compartimentos da unidade não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Descrição Do Serviço - Serviços de Limpeza

Prestação de serviços de Limpeza da unidade de saúde, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes, materiais de limpeza, equipamentos, papel higiênico, papel toalha, sacos de lixo, álcool gel, sabonete líquido, dispenses e papeleiras em quantidade suficiente para atender as necessidades da unidade.

A Limpeza da unidade de saúde consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas da unidade, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;

2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;

4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;

5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;

6. 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 a frente e de dentro para fora;

7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;

8. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA; e,

9. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.

10. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;

11. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;

12. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela Direção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;

13. Realizar a limpeza de toda a fachada de vidro da unidade pelo menos uma vez por mês.

Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão-de-obra atacada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;
- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene, noções de infecção ambulatorial, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", da Anvisa (2012).

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/ fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPIs;

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 - NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na unidade, conforme disposições contidas na NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da execução dos serviços

Implantar de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIA, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

- sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2D0O da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;

- os sacos devem ficar contidas em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento e garantir recipientes para coleta de perfurocortantes;

- todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.

- Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados .e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Cabe à Contratada completar ou substituir a material considerado inadequado pela Contratante, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Dos produtos utilizados

No início de cada mês, fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequada, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC no.1S/MS/SNVS, de 16/08/10- Fenólicos; quaternários de amónio; compostos orgânicos. e inorgânicos; iodo e derivados; álcoois e glicóis.

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados de Contratada, ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Ambulatorial - CCIA e autorização do gestor/ fiscal do Contratantes e

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

b) Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados.
- Adquirir somente produtos com notificação/ registro deferido no Ministério da Dos equipamentos e utensílios utilizados;

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de

resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões), identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

4. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

Dos Resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais nos termos da Lei Estadual n° 12.300, de 16/3/06; dos Decretos Estaduais n° 54.645 de 5/8/09 e 55.565, de 15/3/10; da Resolução RDC n° 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA n° 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n"- 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos de sérvios de saúde deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos

gerados no estabelecimento (Grupos A, 8, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual n° 12.800, de 16/3/06; Decreto Estadual n° 54.645 de 5/8/09; Resolução RDC n° 306 de 7/12/2004 da ANVISA, Resolução MMA n° 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n 1, de 29/6/98:

(a) Consideram-se o conceito cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 — devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal n° 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal n-° 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND - Serviço de Nutrição e Dietética, iavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;
- Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;
- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante;
- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
- Saboneteiras e toalheiros quebrados;
- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água. Essa capacitação poderá ser feita por meio do material “O Uso Racional da Água", oferecido pela SANEAGO em seu sítio na Internet. Os conceitos deverão ser repassados para equipe por meio de multiplicadores;

A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto Estadual n° 48.138, de 07/10/03;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão, por sua economicidade.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mal funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir os locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-° 401, de 5/11/2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n°- 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA n°-01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forme efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separas^° de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

a) Materiais não recicláveis:

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

b) Materiais Recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronizas o internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

Quando implantadas pelo Contratante, operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operaç6es, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibiliza são quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos;

Observar, quando pertinente, as disposições, da Lei Municipal, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC n° 35, de 16 de agosto de 2010.

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congéneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei Federal n°- 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto Federal n° 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA n° 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle

e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I — Tipos/ Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II

- 3.4Z -Rotulagem para produtos de limpeza e afins.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal n°8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976; Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC n° 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 2s de dezembro de 2015.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC n°- 180, de 3 de outubro de 2006 que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos

Saneantes Domissanitários:

a) Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 9096. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

b) O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

b.1) 0s laudos laboratoriais deverão ser elaborados par laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC n° 46, de 20 de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos, na prestação de serviços de limpeza e higienização predial, o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes — relacionados no Anexo I da Portaria n-° 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I -listados pelo art. 5e da Resolução n° 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE n-° 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos - apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução o RDC n° 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno — conforme Resolução RDC n° 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal n-° 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal n° 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC —International Agency Research on Cancer, agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;

Inseticidas e raticidas - nos termos da Resolução Normativa CNS n° 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC n°- S9, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA:

http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm.

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato.

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada, ou com terceiros.

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA n° 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

Resumo dos Materiais/equipamentos Utilizados a serem fornecidos pela contratada: Baldes plásticos de cores distintas (vermelho e azul) de 15 litros; Seladores e impermeabilizantes; Cálice graduado para diluição de desinfetantes; Pá de aço ou plástico para coleta de lixo; Panos para limpeza: tipo saco alvejado, multiuso e flanela Polidor de metais; Hipoclorito de Sódio a 196; Detergente desinfetante tipo desodorizador a base de quaternário de amônia; Detergente líquido neutro concentrado para pisos; Desentupidor de pias; Desentupidor de vaso sanitário; Desinfetante líquido a base de eucalipto; Rodos (40 e 60 cm em alumínio ou plástico resistente); Escovas para sanitários; Saco plástico branco leitoso tipo II NBR 9190: 40, 60 e 100 litros; Saco plástico preto NBR 9191: 40, 60 e 100 litros; Sacos de lixo de todos os tipos necessários, Cera antiderrapante; Álcool 70%; Álcool em gel e dispensers; Sabonete líquido e dispensers; Papel Higiênico e papeleiras, toalhas de papel e Porta Toalhas; Removedor de ceras; Palha e lã de aço; Disco para lustrar; Disco para lavar; Vassoura limpa teto; Esponja de limpeza; Lustra móveis; Kit limpa vidros; Carro de limpeza; Carro fechado, lavável para transporte de lixo conforme orientado no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Unidade Contratante; Carro plataforma; Enceradeira industrial; Escadas de tamanho diversos; Máquina lavadora com jato de água à pressão; Rastelo; Garfo; Enxada; Vassoura leque; Enceradeira alta rotação Higthspeed; Vassoura tipo Mop seco e água + Cabeleiras; Luvas grossas de borracha nos diversos tamanhos em duas cores distintas; rádios comunicadores; Carriola e outros materiais e equipamentos para atender adequadamente as necessidades dos serviços. Todos os materiais e equipamentos deverão ser de primeira qualidade .

Quantitativo Estimado de Pessoal

Para a prestação dos serviços de limpeza, higienização e jardinagem, estima-se o seguinte quantitativo de pessoal:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Auxiliar de Serviços Gerais	44 hs semanais	Diurno	18	8
Encarregada	44 hs semanais	Diurno	2	1
Jardineiro	44 hs semanais	Diurno	2	1
Supervisor	44 hs semanais	Diurno	1	1

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA

Função dos Vigilantes:

- Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e à noite;
- Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
- Comunicar imediatamente, registrando por escrito, ao setor competente da Contratante, bem como à pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do prédio;
- Controlar a entrada e saída de pessoas, fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de colaboradores que tem livre acesso ao local;

- Conferir listagem de colaboradores que tem livre acesso ao prédio a qualquer hora, dentro ou fora do horário de expediente;
- Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pelo Contratante;
- Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em prédio de serviços internos, sem a circulação de público;
- Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do prédio;
- Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como todas as atividades comerciais;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
- Recolher qualquer objeto encontrado nas dependências da Contratante e entregá-lo ao setor competente;
- Manter seus equipamentos de trabalho e armamento em perfeitas condições de uso;
- Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
- Manter afixado no posto de vigilância, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de bombeiros, da Central Elétrica, da SANEAGO, dos técnicos responsáveis peal assistência Técnica e dos responsáveis pela administração do prédio;
- Colaborar com as policias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da Contratante, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- O vigilante deverá assumir diariamente o posto de vigilância devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados e/ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;
- O Cassetete deverá ser utilizado somente em defesa própria ou de terceiros e na guarda de patrimônio do Contratante, depois de esgotados todos os meios para a solução eventual do problema;
- Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação do Contratante deforma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;

- Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio Público;
- Observar as regras para a utilização de telefones ou equipamentos de propriedade do Contratante, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier a causar;
- Recolher no pronto socorro sempre que solicitado, objetos de pacientes que não tenham condições de mantê-los consigo e que estejam desacompanhados e entregá-los no guarda 'volumes relacionando-os em formulário ou livro próprio;

Dos Serviços De Portaria

Os serviços portaria funcionam 12 horas nas dependências da unidade. Sem eles o controle e a supervisão da portaria social e portaria de fornecedores, ficariam prejudicados, resultando em sérios transtornos, podendo até comprometer o funcionamento regular da unidade de saúde.

Em uma unidade de saúde, a contratação de empresa para a execução dos serviços acima descritos, é de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam em suas dependências.

Descrição Do Serviço

Os porteiros deverão executar os serviços conforme descrito a seguir:

- Executar serviços de portaria da unidade de saúde, baseando-se em regras de conduta, para assegurar a ordem no prédio e de seus ocupantes;
- Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, observando o movimento das mesmas no saguão da portaria principal, nos corredores e pátios, procurando identificá-las, para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
- Manter serviço permanente de portaria contínua da unidade de saúde;
- Acender e apagar as luzes das partes comuns da unidade de saúde, observando os horários e/ou necessidades;
- Auxiliar no serviço de segurança interna da unidade de saúde;
- Encarregar-se da correspondência em geral e de encomendas de pequeno porte enviadas aos ocupantes do Edifício, recebendo-as e encaminhando-as aos destinatários, para evitar extravios e outras ocorrências desagradáveis;
- Vetar a entrada de vendedores, demonstradores, entregadores, etc., sem autorização.
- Desempenhar outras atribuições pertinentes ao cargo;

Os serviços deverão ser executados com o quantitativo mínimo descrito:

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal	Quantitativo de Postos
Porteiro	12 x 36	Diurno	5	3
Porteiro	12X36	Noturno	5	3

Os serviços serão executados em horários que sejam acordados e convenientes para o IBGC de forma que não cause perturbação, constrangimento ou atrapalhe os demais serviços do local.

Além das obrigações pactuadas contratualmente, o Participante deverá:

a) responder pela supervisão, direção e execução técnica dos serviços;

b) realizar os serviços utilizando profissionais capacitados, observando os princípios de qualidade, eficiência re9ueridos por serviços da espécie;

c) admitir em seus quadros os referidos profissionais, os quais constituir-se-ão em empregados próprios da Participante, não se estabelecendo, com estes, nenhum vínculo empregatício perante o IBGC;

d) fornecer a efetivo necessário à execução dos serviços, conforme contrato, substituindo aqueles que não se adaptarem às normas internas do IBGC;

e) dar ciência ao IBGC, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como prestar esclarecimentos relativos a este, quando necessários;

f) utilizar somente funcionários devidamente habilitados, uniformizados, treinados e identificados;

g) conhecer, respeitar e fazer com que sejam cumprir os procedimentos e Instruções de Trabalho elaborados em comum acordo com o IBGC;

h) responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao IBGC ou a terceiros, por ação ou omissão de seus prepostos e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços previstos neste instrumento;

i) instituir mecanismos de mensuração da produtividade da equipe executora do contrato, gerando relatórios e prestando informações;

j) substituir a qualquer tempo empregado ou preposto seu que não esteja agindo com urbanidade e cortesia, ou que coloque em risco a saúde do ambiente organizacional;

h) cumprir todas as normas de segurança e medicina do trabalho atinentes à sua área de atuação;

i) orientar seus funcionários de que estes deverão obedecer às regras, a fim de evitar desvio de função e subordinação direta com o IBGC;

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção preventiva e corretiva nos sistemas, redes e instalações hidrossanitárias, elétricas e telefônicas, incluindo grupo gerador, barramento, bombas de água e esgoto, existentes ou que venham a ser instaladas é de fundamental importância para o funcionamento da unidade de saúde, podendo ser realizada por empresa especializada e deverá funcionar 24 horas por dia.

O serviço de manutenção preventiva, corretiva e preditiva deve abranger:

a) os sistemas de prevenção e combate a incêndio que inclui o sistema de proteção contra descargas atmosféricas, o sistema de rede de hidrantes e extintores portáteis, o sistema eletrônico de detecção de fumaça e alarme contra incêndios, o sistema de iluminação de emergência e o sistema de sinalização de segurança e emergência, existentes ou que venham a ser instalados;

b) Instalação, desinstalação, higienização, manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos sistemas de refrigeração, envolvendo câmaras fria (cozinha), ar condicionado, compreendendo equipamentos de janela e Split, existentes ou que venham a ser instalados;

c) Manutenção preventiva, corretiva e preditiva em obras civis, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, forro (PVC e madeira) marcenaria, capotaria, persianas, pintura, alvenaria e divisória naval/especial;

d) Limpeza e higienização, em conformidade com as legislações pertinentes e as normas técnicas, das caixas d'água e dos reservatórios inferiores e superiores, existentes ou que venham a ser instalados;

e) Realização de serviços eventuais diversos relacionados aos sistemas manutenidos, tais quais: instalação e remanejamento de circuitos elétricos, rede lógica e telefônicos; instalação e remanejamento de equipamentos de ar condicionado, instalação de luminárias, substituição de lâmpadas e equipamentos hidrossanitários, instalações hidráulicas, bem como reconstituição de partes civis afetadas.

f) Acompanhamento de Serviços de Controle de Vetores e Pragas Urbanas, para dedetização, desinsetização, desratização, controle de pombos, e, morcegos.

g) Gestão dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos elevadores.

Descrição	Jornada	Turno	Quantitativo de pessoal
Engenheiro civil com especialização em Engenharia Clínica	44 hs semanais	Diurno	1
Engenheiro Civil	44 hs semanais	Diurno	1
Eletricista	44 hs semanais	Diurno	2
Técnico de Manutenção Predial	44 hs semanais	Diurno	2

Para a execução dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar a quantidade de profissionais descrita nos quadros acima.

As atribuições mínimas dos profissionais componentes da equipe são:

ENGENHEIRO: Planejamento dos serviços a serem executados, análise de suprimentos para obra, acompanhamento de medições, a empresa deverá possuir em seu quadro técnico Engenheiro Civil, visando obter a melhor avaliação sobre os trabalhos a serem feitos sem danos a instituição.

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL: Desenvolver as diversas atividades de marcenaria, alvenaria, hidráulica, serralheria, suporte no transporte manual de mobilha e objetos inerentes a este setor. Realizar serviços de preparação de argamassa, transporte de agregados e utensílios para alvenaria, lixamento de parede, pintura, entre outras.

ELETRICISTA: Efetuar a manutenção nas instalações elétricas, redes de baixa tensão, quadros, subestação interna e outros, para o funcionamento adequado do sistema elétrico. Efetuar a manutenção preventiva de disjuntores, quadros de distribuição de força, equipamentos elétricos em geral, sistemas de comando, sinalização e proteção. Zelar pelo funcionamento adequado do sistema elétrico dos edifícios da unidade, observando os projetos executivos de eletricidade, dirimindo dúvidas com os engenheiros, observando os detalhes de segurança no trabalho e propondo modificações necessárias às instalações em conformidade às normas e procedimentos técnicos de segurança, qualidade, higiene e preservação ambiental.

DA CONTRATAÇÃO

A contratação de empresas na área de prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, da eficiência, da economicidade, do desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade- meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e limpeza, serviço de vigilância, serviço de recepção, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade-fim do tomador de serviços.

A condição para tornar-se um prestador do IBGC é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores como Compras, Planejamento e Logística e Compliance e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços.

Os requisitos para o funcionamento da empresa de prestação de serviços a terceiros estão previstos no artigo 4º B, que foi inserido pela Lei 13.429/2017.

A saber :

a) prova de inscrição no CNPJ;

b) registro na Junta Comercial;

c) capital social compatível com o número de empregados, observando-se os seguintes parâmetros, observando-se os seguintes parâmetros:

c1 – empresas com até dez empregados – capital mínimo de R$ 10 mil reais;

c2 – empresas com mais de 10 empregados até 20 empregados – capital mínimo de R$ 25 mil reais;

c3 – empresas com mais de 20 e até 50 empregados – capital mínimo de R$ 45 mil;

c4 – empresas com mais de 50 e até 100 empregados – capital mínimo de R$ 100 mil reais;

c5- empresas com mais de 100 empregados – capital mínimo de R$ 250 mil reais.

INSTRUÇÃO PARA FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA:

O setor de Farmácia da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás se subordina à Coordenação Multiprofissional.

Contará com uma equipe formada por1 supervisor, 2 (dois) farmacêuticos e 1 auxiliar farmacêutico realizando atendimentos aos usuários e setores.

HORÁRIOS:

Farmacêuticos: 1 profissional no período matutino (7 hs às 13 hs) e 1 profissional no turno vespertino na unidade (13 hs às 19 hs).

Auxiliar Farmacêutico: 8 hs às 17 hs (intervalo de 1 hora de almoço)

Supervisor: 8 hs às 17 hs (intervalo de 1 hora de almoço)

A área de Farmácia tem as seguintes atribuições:

I – Desenvolver e monitorar os processos da Assistência Farmacêutica Clínica;

II – Cumprir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e os Protocolos Clínicos das Comissões da Policlínica;

III- Promover ações de prevenção e gerenciamento de eventos adversos;

IV- Gerenciar a demanda de atendimento de paciente frente aos protocolos de assistência farmacêutica;

V- Participar das ações de programação para aquisição de medicamentos e dos materiais médico-hospitalares pertinentes;

VI – Participar de ações de ensino e pesquisa;

VII – elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas , manuais e procedimentos operacionais padrão;

VIII – identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de Farmacovigilância e Tecnovigilância;

IX – Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;

X – Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;

XI- realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;

XII – cumprir as atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação;

COMPETÊNCIAS DO SUPERVISOR:

- Coordenar e monitorar a realização dos processos da Assistência Farmacêutica compete:

I – Coordenar e monitorar a realização dos processos da Assistência Farmacêutica Clínica;

II – Monitorar a utilização de medicamentos de acordo com os protocolos clínicos;

III – Monitorar a demanda de atendimento dos pacientes frente aos protocolos de assistência farmacêutica;

IV- Responder as manifestações recebidas dos pacientes e da Ouvidoria;

V- Coordenar e manter o funcionamento da área frente às exigências legais, normas estabelecidas pela Instituição de determinações da unidade;

VI – Realizar ações de gestão de pessoas e dos programas de educação permanente, ensino e pesquisa;

VII – Elaborar e atualizar e monitorar os protocolos de assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;

VIII – monitorar a incorporação de novas tecnologias;

IX – Cumprir e fazer cumprir as normas de uso e conservação de instrumentos, equipamentos e materiais;

X- Monitorar o cumprimento dos serviços contratados;

XI – Monitorar a cobertura de estoque de medicamentos e dos materiais médico - hospitalares pertinentes;

XII – Participar de Comissões e reuniões técnicas;

XIII – Participar da análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas;

XIV – acompanhar as auditorias internas e externas nas áreas;

XV – Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Competência do Auxiliar de Farmácia:

- Receber, conferir, controlar e estocar os medicamentos;
- Promover a distribuição de doses individualizadas para uso dos pacientes;
- Atender as solicitações de medicamentos dos diversos setores mediante apresentação de requisição padronizada;
-

DO FUNCIONAMENTO:

A área de Farmácia Clínica subordina-se à Coordenação Multidisciplinar da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

A área de Farmácia clínica, no cumprimento de suas atribuições, deve:

- Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

- Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;

- Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;

- Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, especialmente ambulatório e SADT, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistências Farmacêutica (CEAF)

O serviço de dispensação de medicamentos de alto custo tem como objetivo melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e descentralizar o Programa de Dispensação para as Policlínicas que serão implementadas nas macrorregiões de saúde, de acordo com a Portaria nº 1.554/2013 e normatizações vigentes.

Compete à Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa a dispensação, o assessoramento e a supervisão das ações do Programa de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) executadas pelo IBGC.

Cabe ao IBGC controlar os estoques de medicamentos sob sua responsabilidade e armazená-los conforme condições exigidas pelo fabricante e legislação sanitária vigente, receber e conferir a documentação de adesão ao Programa do CEAF, tanto para abrir como para renovar os processos, conforme a Portaria n° 1.554/2013 – GM/MS.

PROTOCOLO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE MÓVEL (CARRETA)

Segundo o Termo de Referência do Chamamento Público para a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, a unidade móvel de atendimento é uma estratégia de acesso às ações de atendimento especializado, que presta atendimentos a população das Regiões de Saúde de abrangência da Polínica.

A unidade será utilizada principalmente para o rastreamento e diagnóstico de diversas patologias.

A unidade móvel possibilitará o desenvolvimento de ações de controle e assistência em saúde para a população, objetivando solucionar situações especiais e excepcionais, tais como: vazios assistenciais, localidades de difícil acesso, localidades rurais, populações que nunca realizam exames, entre outros, viabilizando o diagnóstico precoce de diversas patologias.

A unidade móvel deverá ser uma verdadeira clínica móvel, com todo o cuidado, tecnologia e segurança. O ambiente interno deverá ser climatizado, com acessibilidade, banheiro, sala de espera, tudo feito para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes.

Destaca-se que nos primeiros 12 (doze) meses do Contrato de Gestão a unidade móvel será caracterizada como uma unidade móvel da Policlínica para desenvolver ações de prevenção de câncer nos municípios que compõe a região de abrangência.

Nos demais 36 meses de Contrato de Gestão a Unidade Móvel poderá ofertar: Saúde da Mulher (Mamografia, ultrassonografia, Papanicolau); Saúde do Homem (urologia); Saúde do Idoso; Pediatria; Ginecologia; Oftalmologia; Cardiologia; Radiologia; Otorrinolaringologia; Laboratório de análises clínicas; dentre outras especialidades à serem definidas pelo Plano Operativo que será formalizado entre a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada.

Será contemplado minimamente exames de mamografia e Papanicolau a mulheres que estejam na faixa etária de rastreamento, ou seja 40 – 69 anos para mamografia e 25 – 64 anos para o Papanicolau.

JUSTIFICATIVA:

O funcionamento da Unidade Móvel é parte de um conjunto de ações desenvolvidas pelo Governo do Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado de Saúde, com gestão realizada pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada com a finalidade de ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer e de outros agravos que podem prejudicar a qualidade da saúde da população da localidade abrangida, objetivando diminuir a mortalidade dessas doenças na população goiana e, principalmente, completada o cuidado integral à saúde.

FUNCIONAMENTO COM RELAÇÃO AOS EXAMES:

A metodologia seguirá com a garantia de que os resultados dos exames deverão ser encaminhados para o endereço do paciente. Laudos normais, ou seja, em que não tenha sido localizada nenhum indicativo de malignidade e que não necessitem de exames complementares, serão encaminhados para a unidade básica de saúde da região onde a unidade móvel forneceu atendimento.

O paciente que necessite de exame complementar (compressão, magnificação ou ultrassonografia) será convocado pela equipe de enfermagem e/ou serviço social da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para realização do mesmo conforme agendamento prévio.

METODOLOGIA:

Apenas para exemplificar, de acordo com os parâmetros adotados pelo INCA, conforme Nota Técnica de 01 de novembro do ano de 2015, um mamógrafo realiza cerca de 3 (três) exames por hora de atividade.

Nessa análise, e levando em conta a integralidade de funcionamento da unidade (12 hs/dia) a Unidade móvel conseguirá realizar 36 (exames dia).

Levando em conta ainda a estimativa de 252 dias úteis/ ano (ou conforme for pactuado) teremos uma média de 9.072 exames anualmente.

Já o Papanicolau, é possível estimar uma média de 11.598 exames realizados.

Com base nestes números é possível perceber o cumprimento das metas estipuladas no subitem 7.7.2.11 do Termo de Referência.

FUNCIONAMENTO:

Em que pese a mensuração em dias úteis acima, entendemos que por ser um serviço diferenciado, que leva a saúde a população, permitindo acesso da mesma em locais mais longínquos e onde o acesso é mais restrito, sugerimos e propomos ao Parceiro Público (SES/GO) que seu funcionamento se dê em modelo de mutirão, ou seja, funcionamento aos fins de semana e feriados, contemplando ainda mais pessoas.

Após os 12 (doze) primeiros meses iniciais, onde será especificamente voltado para a prevenção do câncer, poderão ser incluídos os ambulatórios de especialidades municipais ou outros serviços, neste caso, o agendamento será feito pelo Complexo Regulador Estadual.

PERIODICIDADE:

A periodicidade se dará de acordo com a necessidade de agendamento e programação estabelecida pela Coordenação do Programa.

RESPONSABILIDADES DESTE PARCEIRO PRIVADO:

O IBGC será responsável por:

- Compra de material de consumo diário nos serviços, tais como, álcool em gel, algodão, papel toalha, álcool 70%, ou quais quer outros materiais necessários para higienização e limpeza, bem como ficará responsável pela compra dos filmes para impressão do resultado;
- Pelo serviço de manutenção preventiva ou corretiva de todos os equipamentos que dão materialidade as carretas, como, mamógrafos, impressoras, CR, geradores de energia, central de ar-condicionado;
- Pelo cavalo mecânico que faz o transporte das carretas baú;
- Por fornecer toda a equipe técnica para realização dos exames, bem como o transporte para o deslocamento da equipe para os municípios;
- Pelo abastecimento de combustível para o funcionamento do gerador e cavalo mecânico para transportar a carreta.
- O ambiente interno deverá ser climatizado, com acessibilidade, banheiro, sala de espera, tudo feito para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes;
- Pelo cavalo mecânico ou caminhão plataforma, motorista, seguros, e demais despesas ligadas à unidade móvel);
- Contratar toda a equipe necessária para o bom funcionamento da unidade móvel nos termos pactuados;

- Fomentar o sistema de informação sobre câncer e os procedimentos executados no Programa de Mamografia Móvel deverão ser informados ao Ministério da Saúde por meio do SISMAMA/SISCAN e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS);
- O IBGC irá encaminhar os relatórios mensalmente, semestralmente e anualmente a Coordenação do Programa Unidade Móvel, bem como compartilhar os relatórios com o Parceiro Público (SES/GO).

Dos serviços

Os Serviços a serem credenciados poderão ser realizados em municípios de abrangência do contratado no Estado do Goiás devendo levar em consideração os aspectos a seguir:

- Ofertar exames para o município sede e municípios na proximidade;
- Trata-se o município sede, o que a unidade móvel permanecer estacionada para atendimento e por município na proximidade, as cidades com distância de até 90km ou 01:00h (uma hora) de viagem;
- O Serviço a ser disponibilizado deve contemplar além da realização dos atendimentos, a disponibilização de laudos, manutenção de todos os equipamentos que conferem materialidade da Unidade Móvel;
- Todas as rotas de viagem serão definidas pelo IBGC;
- O serviço credenciado será responsável pelos laudos de todos os exames realizados;
- O Serviço deverá apresentar a produção da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à Diretoria de Unidade;
- O serviço contratado deverá encaminhar para o IBGC, por meio do sistema informatizado, planilha constando informações de todos os pacientes atendidos e cópias de seus prontuários;
- O serviço contratado só deverá realizar os exames dos pacientes agendadas e encaminhadas pelo município competente ;
- O serviço contratado só poderá seguir as rotas previamente agendadas pelo Programa de Unidade Móvel, obedecendo a quantidade de dias e de mulheres/homens especificadas.

ESPECIFICIDADES:

Ao se deparar durante os exames com algum caso de urgência/emergência deverá a equipe, gerida pelo IBGC, na Unidade Móvel, disponibilizar os exames via e-mail em até 24(vinte e quatro) horas (prazo máximo) após o término do recebimento das imagens e informações necessárias.

DA GESTÃO DE PESSOAS:

Para o funcionamento da unidade móvel é necessário a alocação de uma equipe mínima para que o trabalho se dê em sua plenitude e de maneira eficiente.

Deste modo propõe-se inicialmente (voltado para o câncer no colo do útero e de mama) 3 (três) técnicas em radiologia em cada unidade móvel, e que em respeito a legislação da profissão, exercerão seu labor por 24 (vinte) horas semanais.

Para essas profissionais é necessário o registro no respectivo conselho de classe regional, e como pré-requisito que tenha curso de atualização em mamografia, com período de realização não superior a 2 (dois) anos.

Deverá ainda ser providenciada a comprovação de contrato com empresa para monitoramento radiológico mensal, dosímetros, de uso pessoal e exclusivo de cada umas das tecnólogas em radiologia do serviço, devendo seguir todas as especificações requeridas pela empresa que irá fornecer o monitoramento.

Na carreta deverá haver ainda um (a) profissional atuando na recepção que terá carga horária de 44 hs semanais.

Teremos ainda na formação da equipe 2 (dois) médicos com especialização em radiologia e devidamente registrado junto ao CRM/GO.

Comporá ainda a equipe 1 profissional de enfermagem e o motorista. Ambos com carga horária de 44 hs semanais.

Além dos profissionais, já elencados o IBGC deverá fornecer um técnico em eletromecânica, para estar presente em todas as viagens, em que ficará responsável por montar/desmontar os equipamentos, escadas, rampas, travar/destravar os aparelhos, ligar/desligar os motores e geradores.

Documentação exigida dos profissionais contratados para a carreta:

- Cópia da Carteira de Trabalho, ou Contrato de trabalho ou Contrato Social no caso de PJ;
- Declaração do profissional interessado, datada e assinada, de que todos os profissionais que atuarão na prestação dos serviços deste contrato, não terão qualquer tipo de vínculo com a Administração Pública do Estado;
- Declaração do profissional interessado, datada e assinada, informando a sua capacidade total/mês para realizar as especificidades contidas no Contrato de Gestão e pactuada entre a SES/GO e o IBGC, sobretudo relacionando o quantitativo de procedimentos a serem realizados por dia, para esta contratação;
- Declaração formal de que fará bom uso e cuidará da manutenção dos equipamentos disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e que serão utilizados na realização dos exames, citando marca, ano de fabricação e características técnicas, em consonância com todas as exigências da Legislação em vigor e fornecendo apoio técnico e esclarecimentos em caso de necessidade de manutenção;
- Habilitação E do condutor da carreta.

DO SERVIÇO DE CAVALO MECÂNICO

O IBGC deverá prestar serviços de cavalo mecânico trucado com motorização acima de 330cv e motorista para transporte das carretas-baú, que contêm os mamógrafos, em todas as viagens agendadas pela Coordenação do Programa.

O IBGC obriga-se a fornecer cavalo mecânico em bom estado de conservação, com ano de fabricação de três anos ou inferior, manutenção do cavalo mecânico, seguro contra terceiros, todos os custos inerentes inclusos à prestação dos serviços e motorista com seguro de vida, carteira de motorista tipo E, com disponibilidade de horário em finais de semana, feriados e dias úteis previamente agendado com a Coordenação do Programa.

A contratada será responsável pelos encargos sociais, taxas, impostos e quaisquer outros tributos e/ou despesas que incidirem sobre o serviço, como também em qualquer responsabilidade no tocante a vínculo empregatício ou obrigações previdenciárias, referentes ao pessoal utilizado nos serviços, inclusive no caso de reclamações trabalhistas, ações de responsabilidade civil e penal decorrentes dos serviços de qualquer tipo de demanda.

O IBGC será responsável por quaisquer danos materiais e/ou pessoais causados ao próprio CONTRATANTE, ou a terceiros, provocados por seus funcionários, ainda que por

omissão involuntária, devendo ser adotadas, dentro de 48 horas, as providências necessárias para o ressarcimento.

O IBGC assume o compromisso formal de executar todas as tarefas objeto do Contrato de Gestão de seus anexos, com perfeição e acuidade, mobilizando, para tanto, profissionais capacitados e submetidos a prévio treinamento.

DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

O IBGC deverá prestar serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos, de diversas marcas e modelos, incluindo fornecimento de peças, quando necessário.

A manutenção é entendida como o conjunto de atividades técnico-administrativas, de natureza preventiva e corretiva, com vistas à preservação da vida útil, sem perda das características, integridade física, rendimento e ponto ótimo de operação do equipamento, instalações, sistemas ou suas partes.

Os serviços de manutenção preventiva deverão ter periodicidade mensal.

Considera-se manutenção preventiva, entre outros, os serviços de:

a) revisão geral;

b) fixação e troca de parafusos, roscas, bielas, anéis, borrachas de vedação, fusíveis;

c) correção de vazamentos;

d) limpeza;

e) testes, recarga, calibração e lubrificação com a finalidade de evitar a ocorrência de defeitos e acidentes, bem como para garantir o perfeito e regular funcionamento dos equipamentos;

Compreende-se como manutenção corretiva, entre outros, os serviços de reparos para eliminar defeitos técnicos e/ou decorrentes do uso normal, incluída a substituição de peças

gastas ou inajustáveis porventura necessárias, visando estabelecer o perfeito e regular funcionamento dos equipamentos.

Os serviços de manutenção corretiva deverão ser realizados sempre que houver necessidade, para permitir a correção de defeitos ou falhas em qualquer unidade dos equipamentos.

O IBGC deverá substituir peças dos equipamentos sempre que verificada sua necessidade, em função do desgaste natural decorrente da utilização ou de defeitos técnicos, por outra de configuração idêntica ou superior, originais e novas, por ocasião da execução de manutenção corretiva.

Havendo necessidade de substituição de peças, o IBGC deverá realizar o reparo no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, no local onde estão instalados os equipamentos;

A despesa com locomoção do técnico para manutenção será por conta do IBGC;

O IBGC assumirá a responsabilidade e o ônus pelo fornecimento de todos os materiais de reposição e materiais de consumo necessários à revisão, fixação, correção de vazamentos de ar e água, limpeza, testes, recarga, calibração, lubrificação e conservação dos equipamentos.

Entende-se por materiais de reposição, de forma exemplificativa: parafusos, roscas, bielas, anéis, borrachas de vedação, fusíveis, correias e correlatos.

Entende-se por materiais de consumo, de forma exemplificativa: soldas, graxa, lixas, óleo lubrificante, vaselina, produto de limpeza não abrasível e biodegradável, necessários à manutenção preventiva dos equipamentos e recomendados pelo fabricante e correlatos.

Compreende-se como manutenção corretiva, entre outros, os serviços de reparos para eliminar defeitos técnicos e/ou decorrentes do uso normal, incluída a substituição de peças gastas ou inajustáveis porventura necessárias, visando estabelecer o perfeito e regular funcionamento dos equipamentos.

Os serviços de manutenção corretiva deverão ser realizados sempre que houver necessidade, para permitir a correção de defeitos ou falhas em qualquer unidade dos equipamentos;

O IBGC deverá substituir peças dos equipamentos sempre que verificada sua necessidade, em função do desgaste natural decorrente da utilização ou de defeitos técnicos, por outra de configuração idêntica ou superior, originais e novas, por ocasião da execução de manutenção corretiva.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O programa deverá ser acompanhado e avaliado através da análise dos relatórios sintéticos dos atendimentos realizados mensalmente, com base nos indicadores elencados abaixo:

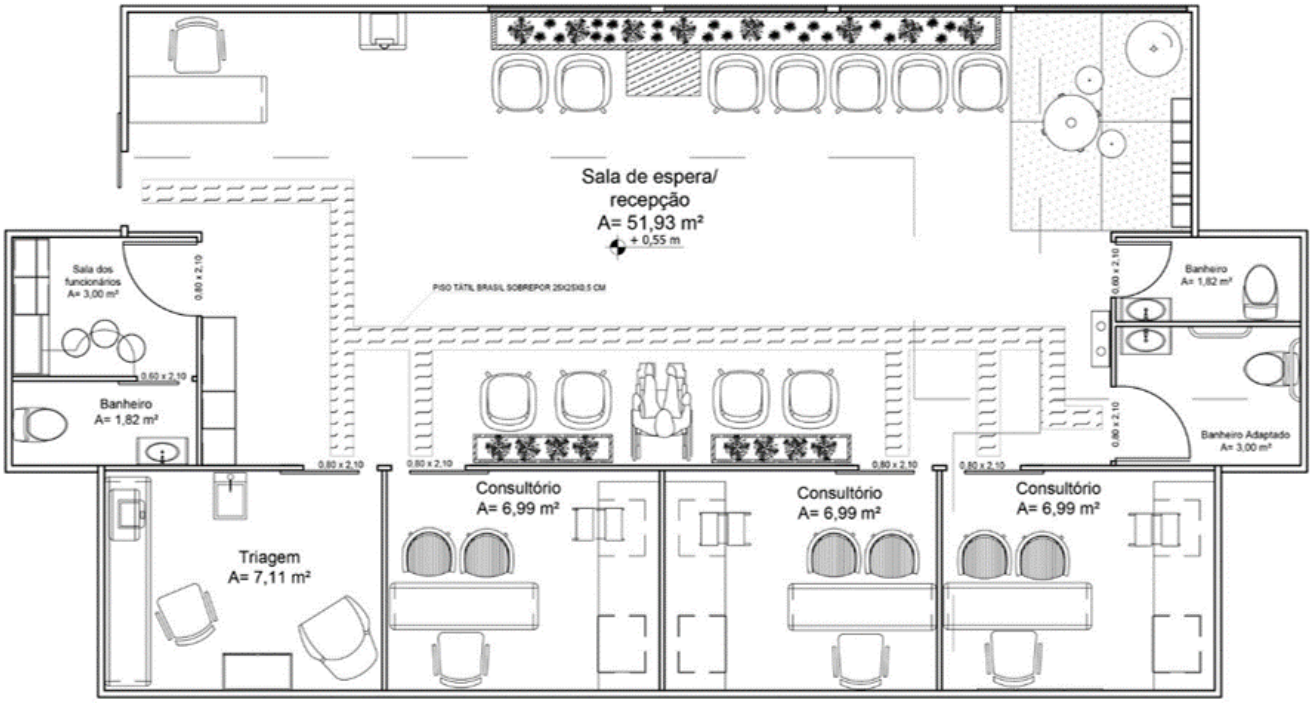
- Incidência do câncer entre os exames realizados nos mamógrafos móveis;

- Percentual de tratamento e seguimento realizados com as pessoas atendidas pela unidade móvel;

- Percentual de casos com tempo entre diagnóstico e tratamento não superior a 60 dias;

- Tempo de liberação do resultado da mamografia.

DA ESTRUTURA DA UNIDADE MÓVEL



A Unidade móvel contará com:

- Rampa de acesso com estrutura em aço e acabamento em chapa xadrez de alumínio. Escada de acesso com estrutura de aço e acabamento em chapa xadrez de alumínio.
- **Iluminação**: Em todos os ambientes serão instaladas Luminárias em alumínio branco com pintura eletrostática com lâmpadas LED de embutir na medida de (30 x 30) cm de 24 W 6500K bivolt. Também serão instaladas iluminação de emergência com baterias autônomas . Isolamento Teto e paredes com isolamento termo acústico com manta NEOPET WALL 7kg/m3 de 50 mm de espessura.
- **Paredes e teto**: Todas a paredes e teto serão acabadas com chapa de madeira MDF Ultra hidro-repelente, revestida com laminado melamínico branco 9 mm no teto, e 15 mm nas paredes. As chapas de madeira são fixadas com parafusos autobrocantes 4,2 mm x 25 mm em estrutura auxiliar de metalon.
- **Instalação Elétrica**: Instalação de quadro trifásico com disjuntores específicos para cada circuito: equipamentos médicos, iluminação, ar condicionado e tomadas. Instalação de Dispositivos de Proteção contra Surtos (DPS). Cabos e bitolas dimensionados conforme

normas da ABNT. Instalação de tomada industrial externo Steck, para alimentação do quadro elétrico. Os interruptores serão bipolares de tecla dupla, simples ou paralelo de acordo com as necessidades.

- **Instalação hidráulica**: Será executada conforme projeto específico, de acordo com as normas ABNT, com tubos de PVC marrom para água limpa e tubos de PVC branco para esgoto. Toda a instalação será servida com ponto de conexão com rede local.
- **Louças e equipamentos sanitários**: Lavatórios de louça serão em de excelente qualidade e deverão ser fixadas com bucha e parafuso metálico próprios. As Bacias Sanitárias serão com caixa acoplada, com acessórios de fixação cromados, com assento e tampas plásticas da mesma linha da bacia. Deverão ser colocadas de forma que a tampa quando erguida, tenha o ângulo necessário para manter-se na posição aberta. Todos os metais deverão ser com acabamento cromado.
- **Ar condicionado**: Todos os ambientes serão climatizados com aparelhos de ar condicionado sistema Split Hi Wall, com capacidade conforme a carga térmica dos ambientes, com condensadora fixada em suportes de aço na parede externa da carreta.
- **Acabamentos:** Os espaços serão separados por divisórias com acabamento de chapa de madeira MDF Ultra hidro-repelente, revestida com laminado melamínico branco. Pisos em manta vinílica PUR de alto tráfego espessura de 2 mm, com rodapé vinílico, junta de solda, indicado para ambientes hospitalares.
- **Isolamento**: Blindagem da sala de mamografia com lençol de chumbo de 1ª fusão, não recondicionado especial para blindagem radiológica, espessura 1,0 mmPb. Conjunto de portas e batentes especiais, para impedir o vazamento da radiação. Batente de aço chapa 14, espessura de 8 cm, com aba de 5 cm para sobreposição na blindagem da parede e 2 cm para sobreposição na folha da porta.

AMBIENTES

RECEPÇÃO:

Sala com Ar condicionado Split hiwall

01 Mesa em MDF branco 1,20 x 0,60 m

01 cadeira com estofamento , com base giratória e rodízios na cor a ser definida

TRIAGEM

RECEPÇÃO:

Sala com Ar condicionado Split hiwall

01 Mesa em MDF branco 1,20 x 0,60 m

01 cadeira com estofamento , com base giratória e rodízios na cor a ser definida

01 cadeira estofada, fixa.

SALA DE MAMOGRAFIA (utilização na planta de área de consultório)

Sala preparada para receber um paciente por vez, com blindagem de acordo com normas técnicas e orientação de fabricante do equipamento a ser fornecido;

01 luminária na porta de aviso de aparelho em funcionamento , conforme normas técnicas.

01 (um) pia de lavagem de mãos , com proteção de sifão em mdf branco e torneira de pressão cromada ;

01 aparelho de ar condicionado Split hiwall

SALA TÉCNICA :

Área para instalação de rack de TI , dry e processadora a depender do equipamento a ser

fornecido pelo cliente .

Toda infraestrutura de elétrica e TI serão executadas de acordo com orientações do fabricante dos equipamentos (TI e medico) que serão fornecidos;

01 aparelho de ar condicionado Split hiwall

CONSULTÓRIOS COM BANHEIRO

Sala preparada para receber maca,

01 aparelho de ar condicionado Split hiwall ;

01 mesa em MDF branco 1,20 X0,60 m ;

01 pia para lavagem de mãos com proteção de sifão e torneira de pressão cromada ;

01 Cadeira estofada , com base giratória e rodízios, cor a ser definida;

02 Cadeiras estofadas , com base fixa e sem rodízios , cor a ser definida.

WC Consultório

Instalação de bacia sanitária caixa acoplada

Instalação de pia de lavagem de mãos , com proteção de sifão e torneira de pressão cromada

ESPERA PLATAFORMA RETRATIL :

11 cadeiras com estofamento e base fixa., empilháveis , sem rodízios , cor a ser definida Toldo retrátil em lona e estrutura tubular branca ;

PROPOSTA PARA O PROGRAMA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER NA UNIDADE MÓVEL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE DOS DIAGNÓSTICOS

Eixos de Ação

O projeto da Unidade Móvel de Saúde (Carreta) é uma resposta estratégica do Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretário de Estado de Saúde à elevada incidência de câncer de mama e de colo de útero no país e representa um apoio importante ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero, do Ministério da Saúde.

Reconhecendo a possibilidade de redução do quadro de morbimortalidade, mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce, o Projeto é operado por meio de unidade móvel, tendo, assim, caráter itinerante, atuando em municípios que compõe a região de abrangência, de acordo com a necessidade das diferentes localidades.

A operação da Unidade Móvel baseia-se na formalização de um protocolo de atenção à saúde especificamente voltado para:

(i) facilitar o acesso aos exames de rastreamento;

(ii) promover estratégias educacionais participativas e

(iii) referenciar a rede para o atendimento adequado. Para tal, articula os campos de conhecimentos e práticas da Educação em Saúde e da Assistência Médica, estruturando-se a partir de três principais componentes estratégicos:

Defesa da saúde e mediação intersetorial

Essas duas estratégias se operacionalizam de forma coordenada, através da convocação dos diversos setores da sociedade para identificação de prioridades em saúde, planejamento conjunto das ações, desenvolvimento de projetos integrados e monitoramento/avaliação do trabalho. Constitui-se em requisito fundamental do projeto, na medida em que se pretende assegurar a continuidade das ações, mesmo após a saída da Unidade Móvel e contribuir para a melhoria das redes locais de saúde, com vistas à acessibilidade e ampliação da cobertura no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Rastreamento do câncer do colo do útero e de mama

Realização de exames citopatológicos e mamografias de alta resolução, facilitando o acesso de mulheres elegíveis a esses exames.

Capacitação

De acordo com o objetivo principal de instrumentalizar indivíduos e grupos, potencializando-os para a adoção de medidas individuais e coletivas que favorecem a prevenção de riscos e agravos comuns à saúde geral, promovendo a melhoria das condições de saúde, serão desenvolvidas ações voltadas para a ampliação de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e o apoio mútuo.

Tal ação tem dimensões de formação e capacitação, entraria como um incremento de atividade, estando voltada não só para a população atendida diretamente pela Unidade Móvel, mas também para agentes comunitários de saúde e demais profissionais do setor, professores, líderes comunitários, representantes de associações, escolares etc, inclusive garantindo a continuidade e o desdobramento do processo educativo, mesmo após a conclusão do trabalho da Unidade Móvel no município.

Tal capacitação seria possível mediante, vídeo – aulas explicativas, ao público interessado e cartilha com orientações gerais para melhoria na condição de saúde.

Objetivo Geral

Contribuir para a promoção da saúde da população, por meio da implantação de unidade móvel direcionada ao rastreamento do câncer, consoante um modelo de atenção que integra ações de educação em saúde.

Objetivos Específico

- Realizar rastreamento de câncer de mama e colo do útero através da oferta de exames de citopatológico (Papanicolaou) e mamografias de alta resolução, facilitando o acesso a estes exames;

- Realizar, de forma regular e sistemática, ações educativas de prevenção às IST/Aids e doenças crônicas não transmissíveis (câncer) e de promoção da saúde, com enfoque voltado a descoberta precoce do câncer e seu enfrentamento.

Público elegível

Para a mamografia de rastreamento, mulheres assintomáticas, com idade entre 40 a 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama (incremento de atividade). Para o exame citopatológico, mulheres de 25 a 64 anos.

No caso de homens trans (pessoas que nasceram com os órgãos reprodutores femininos) que preservaram as mamas e o útero, recomenda-se o mesmo protocolo citado acima (rastreamento através da mamografia e do citopatológico).

Poderá ainda ser contemplado o público masculino, com queixas mamárias, que ao passarem pela triagem, for recomendado a mamografia de rastreamento.

Com relação aos demais serviços ofertados como exames voltados para a saúde do Homem, definir junto à Superintendência de Atenção Integral à Saúde, qual a especificidade do público alvo.

Resultados Esperados

- Cobertura adequada do público elegível para rastreamento, com qualidade clínica;

- Sistematização das ações educativas em saúde, culturalmente adequadas aos grupos sociais a que se destinam, resultando em imagem positiva dos procedimentos de rastreamento, com efeitos para o autocuidado e para a participação social na garantia de serviços de saúde condizentes com as necessidades da comunidade;

- Recursos humanos locais capacitados em assistência médica e educação em saúde, contribuindo para a reorientação dos serviços, consoante o enfoque da promoção da saúde e as metas de acesso universal aos serviços de saúde;

REGULAMENTAÇÃO:

A Portaria nº 2.304/2012 institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde);

Portaria nº 2.349/GM/MS, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica;

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

ETAPAS DO PROJETO À PARTIR DOS RESULTADOS:

O Projeto conta com 3 etapas à saber:

ETAPA 1 – Realização de exames de rastreio:

- A Unidade Móvel, bem como toda a equipe técnica responsável pela realização dos exames e equipe de apoio, se deslocará até o Município, previamente agendado pela Coordenação do Programa, ou setor ou pessoa competente na ausência deste, para a realização dos exames de Rastreio/Diagnóstico.
- O tempo de permanência da Unidade Móvel em cada Município será proporcional à capacidade do equipamento de realizar mamografia/dia e o número de mulheres/homens previamente agendadas, que será definido pela Coordenação do Programa juntamente com os gestores da Atenção Básica dos Municípios;
- O IBGC deverá disponibilizar equipe técnica compatível com a demanda de realização dos exames, esta deverá ser composta por Tecnólogos/técnicos de Radiologia, Motorista e técnico de enfermagem e enfermeiro por montar e destravar os equipamentos, a Coordenação do Programa Carreta da Prevenção estará presente durante as ações, para realizar controle, articulação, avaliação e monitoramento das atividades, ficando os demais apoios sob responsabilidade do Município que fizer a adesão à ação.

  Nessa fase o médico radiologista fica na central de laudos, para disponibilizar os resultados dos exames em tempo hábil.

  O IBGC deverá realizar a impressão dos exames, digitação dos exames no SISMAMA/SISCAN, laudo e entrega do exame a Secretaria Municipal de Saúde de cada cidade seguindo o prazo de 10 dias, a partir da data da realização do exame.

ETAPA II – Encaminhamento para casos alterados:

- Após a realização dos exames, as mulheres/homens que apresentem BI-RADS entre 3 a 6, serão encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde para Serviço previamente pactuado, para realização de Exames Diagnósticos, através da regulação do próprio município (Consulta com o Especialista; USG de Mama; Punção/Biópsia; Anatomopatológico);
- Os exames poderão ser no realizados na unidade Policlínica Regional – Unidade de Cidade de Goiás;
- O deslocamento das mulheres/homens para os serviços de referência na ETAPA II será de inteira responsabilidade dos seus respectivos gestores municipais.

ETAPA III – Encaminhamento para Tratamento no UNACON

- O deslocamento das mulheres/homens positivos para o UNACON é de responsabilidade de seus respectivos Gestores Municipais, e constará nos Protocolos de Adesão e Responsabilidades Gestoras.
- O UNACON que ficará como referência para o tratamento dos pacientes identificadas com confirmação diagnóstica de câncer será o Hospital Araújo Jorge em Goiânia;
- O acompanhamento do tratamento da mulher/homem no UNACON será de responsabilidade das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

CONTROLE DE QUALIDADE (EXEMPLIFICAÇÃO):

Ressalta a importância da adoção de um sistema de controle de qualidade, sobretudo em citopatologia, evidenciada pelo aumento de amostras insatisfatórias entre a primeira leitura e a leitura do controle interno.

Tendo em vista que o exame citopatológico apresenta altas taxas de resultados falso-negativos, é necessário que se avalie o método mais eficiente de controle interno de qualidade. A revisão de 100% dos esfregaços negativos é considerada um método eficiente, pois permite a revisão de maior número possível de esfregaços.

A não classificação da amostra AIS, confirmada em biópsia, por parte dos citopatologistas experientes e do SUS, mostra a falta de monitoramento de qualidade. Resultados falso-negativos culminam em tratamento mais complicado, pois, quanto mais evoluído o adenocarcinoma e mais tarde diagnosticado, maior a dificuldade de reverter o caso.

Os indicadores analisados em laboratório podem evidenciar problemas em etapas antecedentes da leitura do esfregaço. É compromisso do IBGC a educação continuada de toda a equipe na busca de melhor qualidade, colaborando no planejamento e na implementação de ações corretivas e de melhoria.

CATEGORIAS DESCRITAS NA MAMOGRAFIA:

Categorias descritas na Mamografia		
Categoria	Impressão diagnóstica da mamografia	Recomendação
0	Inconclusivo	Indicado complementação
1	Normal	Mamografia de rotina anual
2	Achado radiológico benigno	Mamografia de rotina anual
3	Achado provavelmente benigno	Acompanhamento do achado em 6 meses e depois anual até completar 2 ou 3 anos
4	Achado suspeito	Biópsia
5	Achado altamente suspeito	Biópsia ou cirurgia
6	Achado com comprovação maligna	Conduta de acordo com o tumor

Protocolo De Rastreamento De Câncer De Mama Carreta Da Prevenção

SITUAÇÃO	PROTOCOLO
	a) Quanto ao objetivo: é o procedimento em que a mulher observa e palpa as próprias mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando a detectar mudanças ou anormalidades que possam indicar a presença de um câncer. **b) Quanto á periodicidade do AEM:** seja uma vez por mês e uma semana após o término da menstruação, caso a mulher esteja no período reprodutivo.

Rastreamento com auto exame da mama	**c) Quanto a metodologia:** palpar as mamas, nas posições deitada e em pé, e observar a aparência e o contorno das mamas na frente do espelho. **d) Das limitações do AEM:** Uma das limitações do autoexame como método de rastreamento é a sua acuidade. A acuidade de um exame é determinada pela probabilidade de o exame identificar o câncer em mulheres realmente com a doença (sensibilidade) e a probabilidade de um exame ser negativo na ausência de câncer (especificidade). **e) Diferença entre a técnica do AEM como diagnostico e ou prevenção:** A prática ocasional da observação e auto palpação das mamas, no contexto do conhecimento do próprio corpo, não deve ser confundida com a aplicação do método de rastreamento padronizado, sistemático e com periodicidade fixa, como ocorre no AEM. A primeira é uma estratégia de diagnóstico precoce, cujo objetivo é tornar as mulheres mais conscientes do aspecto normal de suas mamas, das variações normais e dos sinais de alerta. Dessa forma, o autoexame contribui para ampliar sua capacidade de identificar, de forma mais precoce possível, o aparecimento de sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, sem a necessidade de serem ensinadas a realizar um método específico de auto palpação.
	a) Quanto ao objetivo: O ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de

Rastreamento com exame clínico das mama/ECM	rastreamento. Como método diagnóstico, realizado por médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama. **b) A realização regular do ECM como método de rastreamento:** poderá ser uma alternativa ou um complemento ao rastreamento com mamografia especialmente, para mulheres com menos de 50 anos, em virtude da baixa sensibilidade da mamografia em mulheres com mamas densas. **c) Principais utilizações do ECM:** Em cenários em que o câncer de mama se apresenta predominantemente de forma avançada, o ECM é visto como uma boa opção para o rastreamento quando comparado à mamografia, em função do seu possível efeito de detectar precocemente lesões palpáveis e, consequentemente, reduzir o estádio da doença no momento do diagnóstico. **d) Os riscos associados ao rastreamento com ECM incluem**: danos associados a resultados falso-positivos, falso-negativos, sobre diagnóstico e sobre tratamento. Os resultados falso-positivos resultam em

	exames de investigação diagnóstica adicionais e possíveis danos desse processo de investigação diagnóstica, além da ansiedade relacionada ao próprio resultado falso-positivo. Por outro lado, resultados falso - negativos podem levar a uma falsa segurança e ao retardo no diagnóstico do câncer de mama
Rastreamento com Mamografia	**a) Quanto ao objetivo:** útil na identificação de tumores assintomáticos e impalpáveis; **b) Indicação para uso da mamografia com fins diagnósticos:** indicado o rastreamento mamográfico, especialmente na faixa etária de 50 a 69 anos e, uma das justificativas comumente usadas para a defesa do rastreamento mamográfico é a possibilidade de evitar mastectomias. **c) Eficácia do rastreamento e faixa etária:** o rastreamento a fim de evitar uma morte por câncer de mama nas faixas etárias de 39 a 49 anos, de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos. Os resultados dos ensaios clínicos existentes sugerem que a maior eficácia do rastreamento mamográfico é obtida na faixa etária de 60 a 69 anos. **d) Consequências baseada em evidências provocadas pela associação ao rastreamento mamográfico:** resultados de eficácia e do balanço entre os possíveis benefícios (redução da mortalidade) e danos (sobre diagnóstico, sobre tratamento, exames falso-positivos e falso-negativos e exposição à radiação ionizante;

	e) Riscos à saúde associados ao rastreamento com mamografia: resultados falso-positivos; indução de câncer de mama pela radiação; morte por cânceres radio induzidos; magnitude do sobre diagnóstico e do sobre tratamento e de danos a eles associados. **f) Periodicidade do rastreamento:** Nos ensaios clínicos, a periodicidade do rastreamento mamográfico variou de 12 até 33 meses. **g) Danos relativos à periodicidade:** Todos os danos associados ao rastreamento seriam maiores com a periodicidade anual quando comparada à bienal, incluindo aumento da exposição à radiação ionizante, maior número de resultados falso-positivos – com procedimentos desnecessários associados – sobre diagnóstico e sobre tratamento.
Rastreamento com Ressonância Nuclear Magnética	**a) Dos objetivos:** A RNM das mamas é considerada o método de imagem com maior sensibilidade para detecção de lesões mamárias. Ao contrário da mamografia, a RNM não usa radiação ionizante e sua acuidade não é prejudicada pela densidade mamária. **b) Recomendação sobre o rastreamento com ressonância nuclear magnética:** O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com RNM em mulheres com risco padrão de desenvolvimento desse câncer, seja

	isoladamente, seja como complemento à mamografia. **c) Evidências sobre possíveis danos associados ao rastreamento com RNM:** A RNM das mamas necessita da injeção de material de contraste, o que implica riscos associados. Outro aspecto a ser considerado é a especificidade do método, pois, embora tenha um bom valor preditivo negativo (VPN), a especificidade não é satisfatória, gerando aumento de resultados falso-positivos.
Rastreamento com Ultrassonografia Mamaria	**a) Dos objetivos:** A ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas; A aplicação da ultrassonografia mamária na diferenciação entre cistos e tumores sólidos da mama e na avaliação de nódulos palpáveis em mulheres jovens são exemplos de indicações reconhecidas e bem estabelecidas na prática clínica. **b) Vantagens sobre a mamografia na investigação diagnóstica do câncer de mama:** a ausência do uso de radiação ionizante e o fato de sua acuidade diagnóstica não depender da densidade mamária. **c) Aplicabilidade no rastreamento de câncer de mama:** seu papel como método de rastreamento não apresenta a mesma

	aceitação na comunidade científica e nas diretrizes de rastreamento de programas de detecção precoce do câncer de mama em todo o mundo. O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.
Rastreamento com Termografia	**a) Dos objetivos:** A termografia clínica da mama é um exame de imagem que registra a variação da temperatura cutânea. Por se tratar de um procedimento não invasivo, não expõe a pessoa à radiação, nem requer a compressão do tecido da mama. A técnica consiste basicamente em capturar e registrar, por meio de câmeras de infravermelho, diferenças de temperatura emitidas pela superfície da pele. **b) Rastreamento com termografia:** Não foram identificados estudos sobre a eficácia do rastreamento com termografia mamária na redução da mortalidade geral ou por câncer de mama. O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.
	a) Dos objetivos: A tomossíntese mamária, também denominada mamografia tridimensional ou mamografia tomográfica, representa um avanço nas técnicas de imagem mamária a partir da introdução da tecnologia digital no campo da mamografia e do desenvolvimento de sofisticadas técnicas

Rastreamento com Tomossíntese Mamária	de computação que permitem uma avaliação tridimensional da mama. A sobreposição do tecido fibroglandular denso da mama pode reduzir a visibilidade de anormalidades malignas ou, até mesmo, simular um achado anormal. Inclusive, já é conhecido que a mamografia é menos sensível em mulheres com mamas densas, sobretudo aquelas que estão em maior risco de desenvolver câncer de mama. **b) Diferenciação da tomossintese com mamografia em seu resultado de diagnostico:** O resultado obtido por essas imagens, ao minimizar a sobreposição do tecido mamário sobrejacente, tem o potencial de aumentar a detecção precoce de lesões ocultas por sobreposição de estruturas e pequenos tumores, em especial aqueles não calcificados, que se apresentam como assimetrias, distorções arquiteturais e nódulos espiculado. **c) Quanto a duração do exame:** Trata-se de um procedimento de curta duração, fazendo com que o tempo de exposição do paciente à radiação não seja muito longo. **d) Recomendação sobre o rastreamento com tomossíntese mamária:** O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com tomossíntese das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia.

Referências: Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

PROPOSTA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIOS CURRICULARES E TREINAMENTOS

A integração entre as instituições de ensino e órgãos saúde permite a aproximação do conhecimento teórico com a realidade prática e, com isso, possibilita o surgimento de novas estratégias para a manutenção e o aprimoramento dos serviços de saúde. Há muitas implicações para a realização desse processo, porém essa parceria pode ser bem-sucedida na medida em que as partes se complementam em sua atuação.

A universidade se faz responsável pela produção de novos conhecimentos que orientam a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde por meio do atendimento da demanda existente. Portanto, o motivo para estabelecer essa parceria é conseguir uma responsabilidade compartilhada na busca pelo alcance do objetivo maior das áreas de saúde, que é a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida do ser humano.

Vale ressaltar que, para que a parceria universidade-serviço de saúde obtenha sucesso, algumas dificuldades devem ser administradas, tais como: divergências de interesses, orientações teórico-técnicas distintas.

No entanto, é possível reconhecer que os limites e as possibilidades proporcionados podem impulsionar avanços importantes para o estabelecimento de novas práticas e novas teorias que busquem alcançar as necessidades dos usuários, além, é claro, de propiciar o contato direto do estagiário com os desafios da realidade cotidiana de seus colegas de profissão. É certo que um trabalho conjunto e harmonioso pode ampliar as possibilidades de atuação e, consequentemente, a construção de um melhor acesso aos serviços de saúde e uso deles.

Enquanto a universidade visa formar profissionais e produzir conhecimentos por meio das pesquisas que podem ser consumidas pelos serviços de saúde, os profissionais desses serviços buscam atender às necessidades de atenção à saúde da população.

Isso implica uma dificuldade notada, porém esses trabalhos podem ser integrados, pois o processo de pesquisa pode e deve auxiliar os serviços, saindo assim do âmbito

da universidade e do próprio pesquisador. Podemos dizer que a relação universidade-serviço de saúde ocorre de forma dialética, transformando ambas para a realidade e o conceito de saúde vigente (MISHIMA et al., 1997).

Estagiário

Motivação para a escolha do estágio

As principais razões apresentadas pelos alunos pela escolha do estágio em saúde são: curiosidade advinda dos estudos teóricos ao longo da graduação acerca do tema; o fato de eles terem tido alguma vivência anterior em uma unidade de saúde, mesmo que esta não tenha sido no setor de saúde específico de sua formação; interesse em continuar na área como carreira profissional; pais ou parentes que trabalham na área de saúde, o que promove certa familiaridade com o local; e identificação com a área.

Expectativas

A maioria dos alunos que buscam um estágio esperam poder atender os pacientes e seus familiares individualmente e/ou em grupo, participar de reuniões multidisciplinares e contribuir com o conhecimento para melhor compreensão e condução dos casos assistidos:

Preparo técnico do estagiário

O estagiário na maior parte das vezes sente-se preparado do ponto de vista teórico, porém inseguro para enfrentar as diferentes situações do contexto de uma unidade de saúde.

Sabem qual o seu papel e função numa unidade de saúde, mas sentem receio de agir na prática de maneira equivocada e prejudicar o paciente.

Estudos demonstram que estágios já no segundo semestre do estágio referem sentir-se mais seguros na condução dos atendimentos, no contato com os acompanhantes e mesmo diante dos demais profissionais de uma unidade.

Facilidades encontradas

Os estagiários que atuam em unidades de saúde revelam que somente há facilidade no desempenho do trabalho quando a instituição e a equipe de profissionais dão abertura aos alunos e os recebem de maneira acolhedora.

Dificuldades enfrentadas pelos alunos

Quando se pensa nas dificuldades práticas encontradas num estágio pelos alunos, muitas vezes ela está relacionada a aspectos institucionais, como a não existência de um setor bem estruturado, com funções e atividades bem definidas para orientar os alunos, carência de espaço físico para permanecerem e indiferença por parte dos demais profissionais.

Do ponto de vista da instituição quando se pensa no estágio, encontramos a seguinte visão:

Coordenadores de estágio

Facilidades encontradas

Os profissionais consideram que a facilidade na condução dos estágios está relacionada ao bom conhecimento teórico que os alunos possuem, tornando-os mais bem preparados para a atuação na unidade.

Aspectos negativos

Os profissionais consideram que o aspecto negativo da parceria é o trabalho que o aluno demanda e a responsabilidade que se tem sobre ele e a impossibilidade, verificada pelos próprios profissionais, em acompanhar um grande número de alunos em formação.

Os alunos quando chegam demandam muita atenção e orientação, sendo necessário dedicar bastante tempo inicialmente, o que por vezes pode sobrecarregar um pouco o profissional, todavia com o tempo os estagiários ficam seguros e independentes, e acabam por contribuir muito com os profissionais e com a instituição.

Sobre a parceria

Contribuições advindas da parceria

O aluno se vê beneficiado na medida em que encontra no estágio a oportunidade de entrar em contato com a realidade prática do profissional, até então não vivenciada.

Os profissionais da unidade de saúde acabam por perceber aumento no número de pacientes atendidos, o que contribui para a execução das tarefas e para a elevação da produtividade de cada setor.

Além disso, o contato mais direto com os estagiários se torna uma oportunidade de atualização de seus conhecimentos, já que o aluno agrega novas ideias e percepções que muitas vezes podem substituir aspectos já cristalizados para o profissional e para a instituição.

Relação estabelecida

A relação estabelecida entre o estagiário e o responsável pelo estágio na instituição de saúde é sempre relatada como altamente positiva, assim como a relação entre este e o respectivo supervisor da universidade.

O estagiário de fato necessita da atuação prática para a sua formação, bem como o profissional, continuamente, de reciclagem. A aliança universidades - serviços de saúde deve contribuir para a transformação da realidade, para a atualização do conceito e práticas de saúde vigentes, porém, quando o espaço para questionamentos e reflexão é visto com reserva e resistência, as possibilidades de mudança de paradigma e de melhoria no serviço prestado se tornam pouco significativas. Ou seja, o trabalho integrado de fato permite o aparecimento de novas práticas e a reformulação do saber, mas para que isso ocorra é necessário que a troca seja efetiva.

No anexo VI, essa Proponente traz um Termo de Convênio de Cooperação Técnica, celebrado entre esta e o Centro Universitário de Goiatuba – Unicerrado, de forma à demonstrar como ocorrerão as Cooperações Técnicas no âmbito de sua gestão em unidades de saúde.

Tal Termo tem como objeto: [...] a Cooperação Técnica visa á realização de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência em Saúde por parte dos alunos do Curso de Graduação em Medicina e áreas multiprofissionais de saúde do UniCerrado, tendo por objetivo

a utilização da rede e estrutura de serviços de saúde e unidade hospitalares e de saúde geridas pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

PROPOSTA DE PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal estabelece as competências do SUS e, dentre elas, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação.

O SUS pauta-se por três princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. Todos eles se aplicam também à PNCTIS.

Do ponto de vista da ciência e da tecnologia, a aplicação desses princípios deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social.

A produção de conhecimentos científicos e tecnológicos reveste-se de características que são diferentes daquelas da produção de serviços e ações de saúde. Por esse motivo, os princípios organizacionais que regem o SUS – municipalização, regionalização e hierarquização – nem sempre poderão ser adotados mecanicamente no desenho do sistema de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CTI/S), embora, sempre que possível, devam ser considerados.

A PNCTIS é também um componente da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI) e, como tal, subordina-se aos mesmos princípios que a regem, a saber, o mérito técnico-científico e a relevância social.

O objetivo maior da PNCTIS, assim como da PNCTI, é contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País.

Pesquisa em Saúde tem por finalidade os conhecimentos, tecnologias e inovações de cuja aplicação resultem melhorias na saúde da população.

Parcela significativa dos levantamentos de dados sobre o desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil adota a regra de só considerar como Pesquisa em Saúde a soma das atividades de pesquisa clínica, biomédica e de saúde pública.

Essa forma tradicional de conceituar Pesquisa em Saúde, baseada em áreas do conhecimento e não em setores de aplicação, deixa de lado pesquisas realizadas nas áreas associadas às ciências humanas, sociais aplicadas, exatas e da terra, agrárias e engenharias.

Além disso, essa abordagem inclui pesquisas cujas áreas de conhecimento são as ciências biológicas, as quais, nem sempre, dizem respeito diretamente à saúde humana.

Uma PNCTIS, voltada para as necessidades de saúde da população, terá como objetivos principais desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade.

Assim, a PNCTIS deve ser vista também como um componente das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais.

Outra questão a ser considerada na PNCTIS é a utilização da pesquisa científica e tecnológica como importante subsídio para a elaboração de instrumentos de regulação e operacionalização, nas três esferas de governo.

Por suas competências legais, cabe às três esferas, a produção de leis e normas que, apoiadas em conhecimentos, permitam garantir de forma ampliada, a adequada promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos.

Para que a PNCTIS seja efetiva, os setores das esferas de governo, assim como a sociedade civil, deverão ser chamados a participar de sua elaboração e implementação. Essa assertiva baseia-se no entendimento de que saúde é um bem da sociedade a ser preservado e desenvolvido por ela, sendo garantido pelo Estado os meios necessários para tal fim.

Princípios da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

A PNCTIS deve pautar-se pelo "compromisso ético e social de melhoria – a curto, médio e longo prazo – das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais, buscando a equidade" (1.ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, 1994).

Os princípios básicos são o respeito à vida e à dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social, respeito à pluralidade filosófica e metodológica.

O compromisso de superar todas as formas de desigualdade e discriminação (regionais, sociais, étnicas e de gênero e outras) é um dos princípios básicos da PNCTIS e deve orientar todos os seus aspectos, todas as suas escolhas e prioridades.

O respeito à vida e à dignidade das pessoas é o fundamento ético básico da PNCTIS. Toda atenção deve ser dada à questão da ética na Pesquisa em Saúde, devendo ser registrados os avanços alcançados no âmbito da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em conjunto com os Comitês Institucionais de Ética em Pesquisa (CEPs).

É compromisso primordial da PNCTIS assegurar o desenvolvimento e a implementação de padrões elevados de ética na Pesquisa em Saúde. A PNCTIS deve instituir mecanismos que assegurem o cumprimento desses padrões éticos no território nacional, para empresas públicas e privadas, nacionais e internacionais, na perspectiva da segurança e dignidade dos sujeitos de pesquisa, de acordo com a resolução CNS 196/96 e normas complementares.

Deve-se ainda estimular a criação e o fortalecimento dos comitês locais de ética em pesquisa e aprimorar o sistema de revisão e aprovação ética de pesquisas envolvendo seres humanos. A responsabilidade quanto a qualquer dano à saúde dos indivíduos envolvidos deve ser exigida, assim como o fortalecimento do controle social nos comitês de ética em pesquisa (12.ª Conferência Nacional de Saúde).

O princípio da pluralidade refere-se à abertura da PNCTIS a todas as abordagens filosóficas e metodológicas adequadas ao avanço do conhecimento e à solução dos problemas científicos e tecnológicos pertinentes. Isso implica igualmente a valorização das diferentes áreas do conhecimento em saúde, respeitando-se as respectivas definições de validade e rigor metodológico.

A PNCTIS, com relação ao princípio da inclusão e controle social, deve contemplar a inclusão do cidadão na sociedade do conhecimento, por meio da educação cientifica, tecnológica e cultural adequadas à realidade atual e aos desafios futuros, respeitando e

valorizando o saber e culturas locais. Deve, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e respeitar o meio ambiente, garantindo o futuro das novas gerações.

As principais estratégias da PNCTIS são:

a) sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde;

b) criação do sistema nacional de inovação em saúde;

c) construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde;

d) criação de mecanismos para superação das desigualdades regionais;

e) aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica;

f) difusão dos avanços científicos e tecnológicos;

g) formação, capacitação e absorção de recursos humanos no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais;

h) participação e fortalecimento do controle social.

O desenvolvimento e a implementação de padrões elevados de ética na pesquisa, enquanto princípio norteador das práticas nesse campo, perpassa todas as estratégias citadas.

Nesse sentido, a 2.ª CNCTIS destaca a importância da criação e o fortalecimento dos comitês locais de ética em consonância com os princípios da resolução CNS n.º 196/96, para propiciar segurança e dignidade aos sujeitos envolvidos. Propõe, ainda, o aprimoramento do sistema de revisão e de aprovação ética, especialmente nas pesquisas que envolvam seres humanos e aspectos polêmicos, como gênero, raça e etnia.

Para o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o contexto ambulatorial na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é fundamental que haja a implantação de um Núcleo de atuação voltada para essa finalidade.

Implementação de um Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão – NEPE

Esse setor será responsável pela promoção do aprimoramento técnico-científico; pelo aperfeiçoamento, desenvolvimento e pela atualização dos profissionais das diferentes áreas da Instituição e, também, pela coordenação das atividades didáticas integradas às atividades de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos e científicas da unidade de saúde.

Ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE compete:

• Incentivar, organizar e manter os recursos disponíveis para o aprimoramento técnicocientífico dos profissionais ;

• Estimular a pesquisa e a produção de trabalhos científicos que busquem o aprimoramento dos profissionais, com base na portaria 230/2017-GAB/SES;

• Promover em parceria com o RH da unidade à educação permanente em saúde, a informação e comunicação social através das diretrizes preconizadas pela Portaria GM nº 1.996/2007, a SGETS que propôs a atualização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS ;

• Divulgar junto às entidades educacionais ou culturais os serviços e as tecnologias aplicadas na assistência em saúde da unidade hospitalar;

• Liderar estudos em parceria com áreas afins, para o desenvolvimento de programas específicos de prevenção de doenças e de promoção à saúde comunidade;

• Disponibilizar a SEST/SUS/SES/GO o número de vagas de estágio curricular nas áreas técnicas, tecnológicas, graduação e pós graduação existentes na unidade e, a relação de preceptor e coordenadores de programas de residência médica e multiprofissionais

• Coordenar os Estágios Curriculares obrigatórios, o Programa de Aperfeiçoamento Profissional /EPS e os residentes em medicina e multiprofissional;

• Coordenar as atividades da Biblioteca, no que se refere à catalogação, classificação, processamento técnico, empréstimos e pesquisa bibliográfica;

• Controlar o Acervo Audiovisual Técnico-Científico;

• Promover eventos técnicos científicos objetivando a educação continuada de seus profissionais;

• Coordenar os Processos de Parceria/ Convênio com as Instituições de Ensino para os Estágios Curriculares e para o desenvolvimento de pesquisas científicas;

• Implantar serviços próprios de residência médica e multiprofissional com a instituição de COREME na unidade e interligação com a COREMU da SES/GO para oferta de residência multiprofissional própria de área específica.

• Outras atividades correlatas através de projetos de extensão feitos diretamente pela unidade, interno e externamente, com a comunidade local e da região de cobertura pactuada

ESBOÇO DE UMA PROPOSTA DE PROJETO DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL À SER DESENVOLVIDA NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

TÍTULO DO PROJETO: Estudo da Implantação de um serviço ambulatorial de saúde com foco na qualidade de vida e na interdisciplinaridade. Um estudo de caso da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

DESCRIÇÃO: A definição de políticas corretas para a área da saúde esbarra, muitas vezes, em problemas de implantação e em processos de trabalho inadequados para um cenário de mudanças rápidas e contínuas.

Tanto nos países pobres, quanto naqueles em desenvolvimento ou nos países ricos, ainda não foram resolvidos os problemas básicos de saúde. Os primeiros têm, na falta de recursos e na utilização inadequada desses, seu principal problema.

Já os países desenvolvidos encontram dificuldades em relação ao modelo assistencial adequado e às formas de gerenciamento ideais. Diaz (1994) nos mostra que em praticamente todos os países, o setor de saúde é uma área da economia que apresenta custos crescentes e resultados insatisfatórios (Porter 1996).

Para controlar as distorções no custo - benefício, tem-se recorrido a auditorias internas e externas, essas também com resultados duvidosos, dado que contribuem para o aumento dos custos administrativos. Nos Estados Unidos, por exemplo, os controles do sistema respondem por cerca de 25 % dos custos do sistema de saúde. A situação é tão preocupante que Porter (1996) tratou o tema, preconizando o desenvolvimento de incentivos na própria estrutura

do sistema de forma a autorregular os serviços e levá-lo a minimizar, ou mesmo, a prescindir do papel das auditorias.

Muitos dos determinantes sociais das doenças, além da necessária ação políticosocial, são melhor abordados no contexto individual e comunitário por outras disciplinas, como a enfermagem, a odontologia, o serviço social, a psicologia e em ações integradas de cunho preventivo. Apesar das evidentes vantagens de ações preventivas, ainda se gasta muito mais tratando as doenças do que as prevenindo. Parte disso deve-se ao fato de que grandes interesses envolvem o setor saúde em todo o mundo, uma rede que inclui prestadores de serviços e produtores de insumos e representa um dos cinco maiores negócios nos Estados Unidos, por exemplo (SIQUEIRA, 1987).

A interdisciplinaridade e a fragmentação das especialidades médicas nos remetem ao lugar comum da necessidade de constituir elementos integradores que possam oferecer sínteses provisórias para sustentar o direcionamento dos processos de cura ou de intervenção social. O corolário de uma prática fundada no saber de várias disciplinas é a necessidade de se construir ações integradoras, pois o saber hegemônico – que constitui lógica das especialidades - é fragmentado e constitui-se em base de uma lógica que submete a maioria das pessoas que procuram os serviços de saúde, em todas as classes sociais. Neste trabalho, aceitamos a multidisciplinaridade e a especialização como fenômenos próprios de nosso cenário assistencial e defendemos a necessidade de que se desenvolvam mecanismos integradores de natureza interdisciplinar.

O modelo de intervenção interdisciplinar pressupõe uma abordagem complexa dos diversos fenômenos que originam a doença e considera as vantagens de diferentes olhares para lidar de maneira comum com as necessidades dos clientes ou usuários do sistema. A intervenção interdisciplinar reconhece a importância da especialização como uma técnica necessária, porém insuficiente, para lidar sozinha com o complexo fenômeno da doença. Na perspectiva interdisciplinar, devem ser incorporados outros saberes e criadas novas formas de participação do cliente-usuário no tratamento, que deverá assumir posturas mais ativas, de preferência em movimentos coletivos, buscando formas mais favoráveis de estar no mundo.

Várias questões ainda precisam ser trabalhadas na construção desse modelo, e é bem provável que o processo passe por uma fase intermediária, que Vasconcelos (1997) chama de Interdisciplinaridade Auxiliar e conceitua como o trabalho das disciplinas a serviço de uma disciplina já existente, que vai dominar e coordenar as demais. Devido à hegemonia do saber

médico, num primeiro momento, é previsível e desejável que a ênfase do atendimento e da integração ocorra nas ações do médico generalista. O que se destaca nesse momento é que, tanto os especialistas médicos quanto os profissionais de outras disciplinas, se deslocam de seus lugares comuns e são chamados a pensar e atuar de forma participativa e interativa nas questões relativas à saúde e qualidade de vida, atuações essas que, com raras exceções, não fazem parte dos protocolos de atendimento desse profissional.

Objetivo geral: Identificar, os problemas existentes na implantação de um atendimento interdisciplinar e atuar de modo a minimizar a concentração do atendimento ambulatorial na figura unicamente do profissional médico, em casos onde o atendimento adequado poderia ser outro.

Objetivos específicos:

- Compreender, a partir da teoria das organizações, os movimentos de um serviço de saúde em processo de mudança, de forma a permitir reorientação contínua das ações.
- Avaliar as estratégias utilizadas de forma espontânea ou deliberadas e os resultados obtidos, assim como propor ações corretivas e facilitadoras para implantação do novo modelo.
- Identificar e analisar a estrutura da organização, seu viés de hierarquia e distribuição de poder, e a adequação dessa distribuição à natureza da organização e aos resultados pretendidos.
- Estudar os processos de maior relevância, desde a recepção, passando pelo apoio diagnóstico até o atendimento médico, farmácia, encaminhamento a outras disciplinas e especialidades, assim como os processos informatizados, avaliando sua congruência com as mudanças pretendidas.
- Analisar as recompensas oferecidas aos profissionais envolvidos na assistência, avaliando sua adequação ao projeto de mudança, e a satisfação pessoal atingida.
- Identificar as políticas de pessoal utilizadas pela organização e sua eficácia nos processos de mudança.
- Facilitar a formulação de estratégias de promoção de saúde e qualidade de vida, superando o foco atual de tratar doenças dos processos tradicionais e otimizando os recursos disponíveis para a área social em ações mais inteligentes.

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA: Em 180 dias após a assinatura do Contrato de Gestão.

PARCERIAS:

O IBGC buscará para desenvolvimento de pesquisas na área ambulatorial, instituições de pesquisa que tenham como objetivo pesquisas na área de atuação na Policlínica Cidade de Goiás, de modo a buscar como resultado, melhoria na qualidade da saúde e da prestação de serviço.

APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTAS À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE AMBULATORIAL

O conceito de Educação permanente confunde-se com vários outros conceitos, como o de educação continuada e educação em serviço, que pertencem a um conceito maior que é o de treinamento. Treinamento é o meio de desenvolver competências nas pessoas para que elas se tornem mais produtivas, criativas e inovadoras, a fim de contribuir melhor para os objetivos organizacionais. É uma maneira de agregar valor as pessoas e a instituição, e enriquecer o patrimônio humano. O treinamento é orientado para o presente, focalizando o cargo atual e buscando melhorar aquelas habilidades e capacidades relacionadas com o desempenho imediato do cargo.

A palavra treinamento envolve muitos significados, alguns teóricos consideram como meio para desenvolver a força de trabalho a partir dos cargos envolvidos. Outros interpretam mais amplamente, considerando treinamento como um meio para um adequado desempenho no cargo e estendendo o conceito para uma nivelação intelectual por meio da educação geral e permanente. Esta Instituição tem como princípio básico a valorização do capital humano que se dá através de educação permanente com o incentivo à aquisição de conhecimentos, o treinamento e por consequência a capacitação dos profissionais.

Competências Da formação do trabalhador

• Conhecer a Educação Permanente em Saúde como política que irá orientar a formação e a qualificação dos trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação de modelo gerencial do SUS no Estado de Goiás;

• Atuar em equipe multidisciplinar de forma integrada e participativa, articulando os fundamentos da Educação Permanente em Saúde e as relações entre educação e trabalho;

• Desenvolver, junto às equipes de saúde, ações de Educação Permanente, no ambiente de trabalho e nos espaços sociais, buscando estimular a autonomia dos sujeitos;

• Desenvolver, em equipe, ações de planejamento participativo e avaliação das ações de Educação Permanente nos serviços e na gestão em saúde;

• Conhecer os conceitos e ferramentas para a prática da Educação Popular em Saúde a fim de desenvolver ações junto aos movimentos sociais e controle social;

• Ser um agente fomentador da participação popular;

• Compreender a articulação entre os fundamentos da educação permanente, a formação na saúde, e a área da educação profissional;

• Conhecer as pedagogias, metodologias, didática, planejamento, execução e avaliação , na implantação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

Competências Da formação dos docentes e facilitadores

• Conhecer a Educação Permanente em Saúde como política que irá orientar a formação e a qualificação dos trabalhadores;

• Compreender a articulação entre os fundamentos da educação permanente, a formação na saúde e a área da educação profissional;

• Conhecer as pedagogias, metodologias, didática, planejamento, execução e avaliação, utilizadas na implantação da política estadual de Educação Permanente em Saúde.

DESCRIÇÃO: A formação dos profissionais de saúde é ponto fundamental no SUS. Além da qualificação técnica é necessário que estes profissionais tenham acesso a saberes capazes de auxiliá-los no acolhimento das necessidades de saúde da população, possibilitando a interação trabalhador usuário em uma relação pautada pela responsabilização mútua e construção de autonomia.

Os processos pedagógicos não devem se pautar unicamente na aquisição de conhecimentos de cunho científico, mas devem permitir a contextualização das práticas desses profissionais com a realidade, garantindo a reflexão sobre a dimensão ética do trabalho em saúde. Para os profissionais que se encontram formados e inseridos nos serviços do SUS, há a necessidade de qualificações constantes, provocadas pelos diversos desafios surgidos no cotidiano do trabalho.

Os modelos assistenciais pautados pela integralidade, devem adotar formas ampliadas de captação das necessidades de saúde, criando possibilidades para atender não

somente aquilo que está programado, ou que é identificado como relevante pelos saberes tradicionais como a epidemiologia.

Os modelos de saúde integral devem dotar seus profissionais da capacidade ampliada de apreensão da realidade a partir de fontes diversas como a escuta aos usuários, o olhar sobre o território, as demandas do controle social e o planejamento participativo (MATTOS, 2010)

Além da captação das necessidades de saúde, os profissionais devem buscar compreender e significá-las e serem capazes de acionar saberes para que possam intervir sobre elas.

Esse processo além de contínuo, é marcado pela rotina e repetição de situações que podem ser padronizadas, mas também é repleto de necessidades novas e singulares, demandando a inovação dos saberes e das práticas profissionais. Por sua dimensão coletiva a educação permanente se desdobra em aspectos didático-pedagógicos e políticos.

Do ponto de vista pedagógico, o fato de se debruçar sobre problemas do cotidiano do processo de trabalho indica a necessidade de revisão das práticas pedagógicas, substituindo métodos didáticos baseados exclusivamente na transmissão de conhecimentos, por métodos que permitam a problematização e o diálogo sobre os objetos de aprendizagem. Do ponto de vista político, essa forma de realizar a educação dos profissionais de saúde, além de possibilitar a qualificação propriamente dita, torna-se um importante espaço de negociação coletiva e democracia participativa em nível institucional.

Ao se constituir em espaços de pactuação coletiva, seja sobre novos saberes e práticas, seja acerca das normas e formas de organização produtiva, a educação permanente pode ser definida como espaço de gestão. Nesse sentido, é importante estratégia para implantação e inovação de projetos e de mudança institucional, mas é também uma forma de humanizar e inovar as concepções de gestão do trabalho, garantindo a participação dos trabalhadores na definição de problemas e na identificação de soluções.

Como política de saúde estratégica para a implantação do SUS, a educação permanente deve ser articulada sobre várias frentes, incidindo sobre a formação dos profissionais nas instituições de ensino; sobre a qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde; capacitando gestores, dotando-os de novos modos de organizar a gestão dos serviços de saúde e as redes assistenciais; e, por fim, articulando o controle social, para que esse segmento também

possa ser qualificado na sua atuação junto ao delineamento e acompanhamento das políticas de saúde.

Em 2004 a educação permanente em saúde assume um caráter de política governamental. A Portaria 198/ GM/ MS, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

EFICIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO

Para a efetiva implantação da Política de Educação Permanente é importante perceber as relações entre educação e trabalho, refletindo sobre o nosso modelo de formação e as várias possibilidades de uso da educação nos serviços de saúde nas relações com os membros da nossa equipe de trabalho, nos espaços de gestão, e junto aos movimentos e controle social.

A educação permanente não nega a importância do conhecimento científico, mas busca articular esse tipo de saber ao conhecimento na ação e a outros aspectos que possam potencializar a ação pedagógica na perspectiva da melhoria dos serviços de saúde.

Como ação educativa, a educação permanente deve ser diferenciada de outros processos educacionais que comumente observamos acontecer na área da saúde. Uma dessas diferenças diz respeito à educação continuada, cujo foco é a aquisição de novos conhecimentos técnicos como forma de atualização e acompanhamento dos avanços científicos das áreas.

A educação continuada está relacionada a processos de formação com foco nos indivíduos e não em coletivos. Em sua abordagem, não se contextualiza a realidade dos serviços, ou o trabalho em equipe. É pautada na aprendizagem individualizada e direcionada para categorias profissionais. O método mais utilizado nessa forma de capacitação é a transmissão de conhecimentos.

JUSTIFICATIVA DO PROJETO NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS:

Com o intuito de padronizar, humanizar, qualificar e melhorar o atendimento à demanda na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, é necessária a capacitação dos profissionais atuantes, implantando o projeto, acompanhando resultados e fazendo as modificações necessárias.

Objetivos

Objetivo Geral

- Implantar o serviço de Educação permanente.
- Formar atores vinculados às diferentes práticas em educação, saúde e áreas afins, visando ampliar o pensamento crítico e a capacidade de desenvolver ações estratégicas para implementação de processos de trabalho com base nos referenciais da educação permanente.

Objetivos Específicos

- Capacitar colaboradores recém-contratados;
- Capacitar colaboradores nas políticas e diretrizes estratégicas da Instituição;

Atividades

- Elaborar cronograma de treinamentos;
- Realizar treinamentos estabelecidos em cronograma;
- Avaliar eficácia dos treinamentos;
- Contabilizar os treinamentos para alimentar os indicadores;
- Encaminhar lista de presença dos treinamentos realizados – conforme previsto em cronograma anual e treinamentos complementares.

Garantir a qualidade e segurança na assistência dos serviços prestados;

- Qualificar os profissionais dentro de sua especialidade;
- Incluir todos os profissionais nas ações de Educação Permanente visando sua importância e valorizando;
- Realizar a melhoria contínua dos processos de trabalho;

- Cumprir as premissas de qualidade e excelência nos serviços prestados, instituída pelo IBGC

Competências

Os profissionais da equipe que forem designados para o Projeto de Educação Permanente na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverá ter as seguintes competências:

- Conhecimento relacionados a qualidade;
- Conhecimento relacionados a área a fim;
- Conhecimentos relacionados à gestão do risco;
- Ser articulado e bem comunicativo;
- Capacidade de estabelecer bom relacionamento interpessoal;
- Ser organizado e ter planejamento das atividades.

Atividades

- Elaborar cronograma de treinamentos;
- Realizar treinamentos estabelecidos em cronograma;
- Avaliar eficácia dos treinamentos;
- Contabilizar os treinamentos para alimentar os indicadores;
- Encaminhar lista de presença dos treinamentos realizados – conforme previsto em cronograma anual e treinamentos complementares.

GESTÃO DO PROJETO

O acompanhamento do projeto deverá ser feito através de reuniões mensais fixas e reuniões extraordinárias sempre que for notado algum problema ou surgir alguma ideia. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas simultaneamente para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível.

Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado.

Importante também realizar pesquisa com os usuários para medir o nível de satisfação do usuário, à partir dos conteúdos ministrados.

Conteúdo programático para o 1º ano de Gestão e Operacionalização na unidade:

I) Avaliação de Planos, Programas e Projetos em Saúde Pública

II) Bioestatística e Epidemiologia

III) Desenvolvimento Profissional

IV) Educação Continuada e Atualização Profissional em Saúde

V) Educação para a Saúde Pública e Comunitária

VI) Educação Permanente de Saúde

VII) Formação de Facilitadores em Educação Permanente de Saúde

VIII) Saúde Preventiva baseada em Evidências

IX) Saúde Preventiva e Promoção da Saúde

Para o 2º ano de gestão na unidade, propomos que a Educação Continuada contemple os seguintes módulos:

- Liderança;
- Gestão ambulatorial;
- Formação Gerencial;
- Desempenho com Excelência na prestação de serviços de saúde;
- Qualidade em Serviços de Saúde;
- Metodologias e Ferramentas para o Melhoramento Contínuo;
- Criando relacionamentos duradouros com nossos pacientes;
- Gestão de Pessoas

Obviamente que cada tópico terá um público alvo distinto na unidade, de acordo com suas atribuições.

APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

RELATO TEÓRICO SOBRE O TEMA:

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ATUALIDADE

A maneira como as organizações gerenciam as pessoas está passando por profundas transformações em todo o mundo, desde meados da década de 1980. Essas mudanças estão, em grande medida, relacionadas ao aumento da competitividade e à intensificação da globalização, que vêm provocando inadequações nos modelos tradicionais de gestão de pessoas no que diz respeito às demandas e expectativas das empresas e das pessoas (DUTRA, 2004).

A discussão sobre competitividade, reestruturação produtiva e mercado impulsionou mudanças na gestão das organizações e, especificamente, na gestão de recursos humanos, que passou a ser visualizada como um importante fator diferencial para alcançar os objetivos e expectativas das organizações (BARBOSA, 2005).

Surge, então, a necessidade de desenvolver uma gestão de pessoas cujos objetivos e orientações estejam perfeitamente alinhados com as prioridades estratégicas da organização e que conduzam suas ações e os comportamentos dos indivíduos de maneira coerente com estas prioridades. Ademais, a aproximação da gestão de recursos humanos com a estratégia organizacional perpassa o reconhecimento de que as macroestratégias organizacionais não podem ser definidas sem uma análise dinâmica da capacidade interna no que tange à dimensão humana (LONGO, 2007).

Toda essa transformação percebida na gestão de recursos humanos está inteiramente associada à valorização dos indivíduos enquanto ativos intangíveis da organização.

De acordo com Dutra (2004, p. 14) “quanto mais as organizações buscam flexibilidade e velocidade decisória mais dependem das pessoas”. Neste contexto, tem-se a necessidade de valorizar as pessoas e a percepção de que estas são fundamentais para o alcance dos resultados e para a vantagem competitiva, o que impacta a maneira de gerenciá-las e conduzi - las aos objetivos organizacionais.

Dentre as transformações sofridas pela gestão de recursos humanos nos últimos anos, talvez uma das mais importantes seja a adoção da atual concepção de políticas integradas de gestão de recursos humanos. Nesta concepção não é suficiente a mera definição de regras isoladas para recrutar, contratar, remunerar e capacitar. Para alcançar os atuais objetivos das

organizações, é necessário que as políticas de recursos humanos sejam formuladas tendo como base as mesmas premissas e princípios, caracterizando a integração e a conexão entre as mesmas (ALBUQUERQUE, 1987; MARCONI, 2003; LONGO, 2007).

Além da articulação dos diversos subsistemas e políticas de recursos humanos, a gestão integrada desta área caracteriza-se pela articulação destes subsistemas e políticas à estratégia organizacional, que, por sua vez, deve ser desdobrada na estratégia da área, refletindo os resultados almejados pela organização.

GESTÃO INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS E SEUS SUBSISTEMAS

Os enfoques e critérios usados para a categorização das políticas e subsistemas que compõem a gestão integrada de recursos humanos não são uniformes. Embora grande parte dos autores reconheça a existência das mesmas funções para a administração de recursos humanos, a terminologia e o agrupamento destas funções são realizados de maneiras diversas

Apontamos os seguintes subsistemas: planejamento de recursos; organização do trabalho; gestão do emprego; gestão do desempenho; gestão da compensação; gestão do desenvolvimento; e gestão das relações humanas e sociais (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do emprego: está diretamente relacionado à gestão dos fluxos, por meio do qual as pessoas entram na organização, se movimentam por ela e saem dela. Pode ser divido em três áreas principais: gestão da incorporação, refere-se ao acesso dos indivíduos à organização e ao posto de trabalho; gestão da mobilidade que afeta os movimentos dos funcionários entre os postos de trabalho; e gestão da desvinculação, refere-se à extinção da relação empregatícia ou, mesmo, às medidas de caráter disciplinar (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do desempenho: tem o propósito de influenciar e impactar o desempenho dos funcionários, provocando o alinhamento de suas ações às prioridades da organização e ampliando a contribuição de cada um à estratégia organizacional (LONGO, 2007). Pensando em um sistema integrado de gestão de pessoas, a gestão do desempenho deve estar conectada à gestão da compensação e do desenvolvimento. Assim, os resultados das avaliações de desempenho precisam estar alinhados com as compensações variáveis e com a oferta de capacitação e melhorias na formação dos funcionários (PONTES; 1996).

Subsistema de gestão da compensação: inclui o conjunto de compensações retributivas, salariais e extra-salariais, e não retributivas que a organização oferece aos seus funcionários (LONGO, 2007). Sua importância torna-se evidente diante da necessidade de conceder ao funcionário um salário que o recompense, conforme contribuição à organização, sem

que os custos desta compensação ofereçam riscos à competitividade da empresa ou sem que comprometa o orçamento público ou os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Subsistema de gestão do desenvolvimento: tem como objetivo incentivar o crescimento profissional das pessoas, conforme o potencial de cada um, estimulando o aprendizado individual e organizacional, e definindo os itinerários de carreira que associem as demandas da organização às necessidades e expectativas individuais (LONGO, 2007). Deve responsabilizar-se também pela capacitação adequada dos funcionários, no intuito de complementar sua formação inicial e de promover sua constante atualização dos conhecimentos, possibilitando seu desenvolvimento profissional.

Subsistema de gestão das relações humanas e sociais: se dedica ao gerenciamento das relações firmadas entre a organização e seus funcionários que possuem caráter coletivo. Contempla a importância das relações sociais na organização e, consequentemente, a relevância das ações dos dirigentes diante das relações sociais e grupais. Parte do pressuposto de que "uma pessoa nunca pode dissociar aquilo que é da sua relação com os outros" (AMBLARD et al., 1989, p. 45). Abrange ainda o fato de que o indivíduo possui necessidades sociais, de estima e realização pessoal (MASLOW; 1954). Segundo Longo (2007), pode ser subdivido em gestão do clima organizacional, gestão das relações trabalhistas e gestão das políticas sociais.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE REURSOS HUMANOS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

RECURSOS HUMANOS

O setor de Recursos Humanos são, de acordo com as teorias de administração de instituições, uma das fontes de riqueza mais importantes já que são os responsáveis pela execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades que precisam para o bom funcionamento da mesma.

A gestão de Recursos Humanos possui um conjunto de ações que visão planejar, recrutar e selecionar pessoas, integrar indivíduos, análise descrição de cargos e funções, avaliação do desempenho no trabalho, planos de cargos e salários, remuneração e benefícios, higiene e segurança no trabalho, formação e desenvolvimento profissional, análise, controle e auditoria em recursos humanos.

Sempre visando o desenvolvimento humano e como consequência, atingindo os objetivos almejados pela instituição.

ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS

O objetivo estratégico da instituição é garantir a qualidade em seus atendimentos oferecidos à sociedade e para isso, os Recursos Humanos, como parte desta engrenagem, buscam capacitar os profissionais, garantindo a geração de novos conhecimentos.

O acolhimento a novos profissionais, também faz parte das estratégias do setor de Recursos Humanos. E a garantia da segurança do trabalhador em seu ambiente profissional, é parte importante das estratégias deste setor com visões humanizadas.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

O IBGC acredita que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da unidade de saúde, na condição de colaboradores, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes. Nesse sentido temos missão, visão e valore:

A missão deste setor visa oferecer a excelência na gestão das atividades humanas, com responsabilidade na geração de conhecimentos e da responsabilidade social.

A visão é ser referência pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, visando à promoção da gestão de serviços, apoiada nas melhores práticas de excelência em âmbito nacional.

Os valores são pautados na Humanização, Trabalho em equipe, Ética, Credibilidade, Responsabilidade Socioambiental, Disciplina, Confiança, Inovação em Excelência, Transparência, Foco estratégico no cliente, Parcerias entre as diversas esferas do governo, Qualidade.

Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social. Compreende:

- Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;
- Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;
- Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;
- Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade

de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório, com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicologias do ambiente de trabalho.

DA GESTÃO DE PESSOAS NA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

Para o IBGC, só é possível falar em desenvolvimento de ações e uma política de recursos humanos eficientes, pensando-se em formas integradas que possibilitem oportunidades, gestão, controle social, ampliação do conhecimento, utilização de tecnologias.

Deste modo é preciso pensar ações estratégias que resultem em resultados eficazes para uma boa política interna de recursos humanos na Policlínica. Descreveremos algumas a seguir:

USO DA METODOLOGIA OKR

Essa metodologia corresponde a um modelo de gestão com foco em resultados. Para isso, são estabelecidos OKR's – sigla para objetivos e resultados-chave (key results) – que devem ser cumpridos para contribuir com a estratégia da instituição.

É fundamental que todos os colaboradores estejam a par e entendam esse conjunto de metas de forma clara, o que elimina dúvidas, aumenta a produtividade, promove o engajamento em torno dos resultados mensuráveis de uma instituição.

De modo simplificado, o criador dessa metodologia estabeleceu a fórmula para definir metas sendo como:

"Eu vou" (Objetivo)

"medido por" (conjunto de resultados-chave)

Ou seja, nos OKRs nós temos dois principais componentes:

Objetivos (O): declaração concisa da direção desejada pela instituição. Um bom objetivo tem que ser vividamente descrito para que as pessoas possam imaginar o quão impactante será alcançá-lo.

Resultados-chave (KR): metas com impacto direto no atingimento do objetivo caso seja alcançado com sucesso.

O objetivo é qualitativo e os KRs (na maioria das vezes entre 2 e 5 para cada objetivo) são quantitativos.

Enquanto os objetivos devam ser concisos, claros e aspiracionais para estarem sempre na cabeça dos colaboradores, os key results são usados para indicar se o objetivo foi atingido até o final de período – normalmente trimestre para OKRs táticos e anual para OKRs estratégicos.

Eles são usados como uma ferramenta de gestão e comunicação muito eficaz, pois auxiliam na criação de foco e alinhamento do esforço de toda a equipe em torno de um objetivo desafiador.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A liderança pode ser vista como algo nato, ou construída. Em ambos os casos, em uma instituição é fundamental que haja capacitação e aperfeiçoamento da mesma, bem como personalização de tipos de lideranças, a depender do setor de atuação profissional.

Os líderes de uma instituição são um valioso capital humano, uma vez que a missão, valores, princípios de uma organização são por eles disseminados. Ademais, são eles os responsáveis por definir e acompanhar o cumprimento dos objetivos e metas.

Líderes/gestores bem treinados, reverberam nos resultados da instituição.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Conforme demonstrado no tópico correspondente, a formação continuada será abordada pelo IBGC como uma forma de aprimoramento das ações profissionais.

Uma instituição que possui uma equipe bem preparada e segura no desempenho de seu ofício, certamente encontra entre a mesma a sensação de satisfação, por se sentir capaz, conhecedora de suas atividades e reconhecida pela instituição que à capacita continuamente.

PLATAFORMA IBGC DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

O IBGC desenvolverá uma plataforma para atender todos os colaboradores da Policlínica Regional Unidade Cidade de Goiás, com o objetivo de realizar minicursos, lives, palestras, seminários virtuais, para o desenvolvimento de competências e habilidades dos trabalhadores.

RESPEITO, RECONHECIMENTO E APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Os gestores trabalharão voltados para uma cultura permanente de respeito ao colaborador, reconhecimento e apontamentos necessários de forma à corrigir condutas e estimular a prática profissional.

O reconhecimento se dará por meio de e-mails institucionais de agradecimento, bem como destaques em mural de colaboradores com parabenizações.

As correções, quando necessárias, serão feitas reservadamente, de modo à oportunizar o contraditório ao colaborador, estimula-lo à apontar suas deficiências e buscar, conjuntamente, saná-las.

APRESENTAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ÁREAS SEMESTRALMENTE

Há cada 6 (seis) meses os colaboradores da unidade, passarão por uma semana de conhecimento sobre as áreas e atividades desempenhadas por outros setores, de modo à compreender às demais áreas e evitar gargalos na execução da prestação dos serviços de saúde.

CONFRATERNIZAÇÕES E CELEBRAÇÃO DE DATAS

No fim do ano, bem como em datas especificas (Dia das mulheres, dia das mães, dia dos pais) buscaremos confraternizar (café da manhã, coffe break, entrega de lembrancinha elaborada pela própria equipe da Diretoria Administrativa) de modo à fazer com que o colaborador se sinta bem quisto e reconhecido, além de ter um momento de descontração na unidade.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E ALINHAMENTOS

A cultura das reuniões em demasia, é algo combatido pelo IBGC, uma vez que excesso de reuniões, acaba por acarretar, na maioria das vezes, em ausência de resultados concretos. Mas pontualmente (a cada 120 dias) serão realizadas reuniões na instituição, com todo corpo de colaboradores, após o horário de expediente, de modo a apresentar todas as conquistas do período anterior, bem como propor adequações para eventuais melhorias.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

De acordo com um estudo realizado pela Michael Page, engajar os colaboradores é o principal desafio das empresas. Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da instituição e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

Tudo isso sem impactar demasiadamente o orçamento da instituição e sem gerar desequilíbrios entre os colaboradores. Parece uma equação difícil de fechar, e é mesmo.

A melhor forma de fazer isso, de modo eficiente e econômico, é ouvindo os próprios colaboradores constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional. O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos diferentes aspectos do ambiente da instituição e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.

DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Antes de aplicar o questionário de clima organizacional o IBGC observará as seguintes ações:

1. Incentivo a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos colaboradores e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa, explicaremos quais são os nossos objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixaremos claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Utilizaremos uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos nossos colaboradores.

3. Não obrigatoriedade da participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixaremos claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgaremos os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgaremos os resultados para toda a instituição.

5. Planejando as ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, planejaremos ações, proporemos mudanças e melhorias e estabeleceremos metas. Os colaboradores perceberão em nossa gestão que as opiniões dele são levadas em consideração e que as sugestões são ouvidas.

6. Periodicamente faremos a pesquisa

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time. Estimamos a cada 6 (seis) meses realizar a pesquisa.

7. Envolvimento da Diretoria

Em nossa gestão os diretores estarão diretamente envolvidos nas pesquisas de clima organizacional. Tal envolvimento é de suma importância para que não haja surpresas com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a instituição está muito preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos colaboradores. Além disso, sempre que for pertinente, serão eles também convidados pelo IBGC á responderem às pesquisas.

DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Indicadores:

- Número de colaboradores que aderiram ao projeto;
- Porcentagem de colaboradores satisfeitos;
- Porcentagem de colaboradores insatisfeitos.

RESULTADOS:

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a Diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

PROPOSTA DE ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO

A gestão de pessoas é um processo sofisticado e integral voltado à motivação e avaliação das pessoas que trabalham nas organizações. Antigamente, o "funcionário" não era visto como uma "pessoa" na empresa, era somente um número e nada mais. A principal preocupação do RH era a folha de pagamento.

Processar a folha de pagamento e demais tarefas do departamento pessoal é coisa do passado. Atualmente se espera da área de recursos humanos das organizações é o controle sobre os recursos humanos, e a promoção de uma administração mais humana.

Isso ocorre não porque as organizações tenham, de repente, se tornado "boazinhas", mas porque perceberam os benefícios subjacentes dessa política.

Além de manter as rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

Cargas horárias:

- Carga horária da área assistencial – 8 horas/dia
- Técnicos radiologistas – 4 horas /dia
- Cargos administrativos – 8 horas/dia
- Área de Apoio – 8 horas/ dia
- Laboratório – 8 horas/ dia

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO
NORMAS DO IBGC

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde unidade assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Art. 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPITULO II
DO PROCESSO DE SELEÇÃO
Título I – Das Competências

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial:

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos da unidade assistencial:

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.

b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I - Substituição de um colaborador.

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

DA CONTRATAÇÃO

Art. 8º Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de informativo no sítio eletrônico do instituto, e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 9º A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 10º A contratação do candidato aprovado será feita no regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por um período de experiência de até 90 (noventa) dias.

Art. 11º É vedada a recontratação de empregado demitido por justa causa, no prazo de 10 (dez) anos da demissão.

Art. 12º Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal do IBGC, as novas funções serão assumidas no prazo de 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho e registro na carteira de trabalho.

Art. 13º O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho, estabelecida pelo IBGC.

Parágrafo único: Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do IBGC, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho mensal de todos os vínculos não ultrapasse a 60 (sessenta) horas semanais (para os cargos permitidos na legislação), ressalvados os plantões extras e escalas de sobreaviso.

Art. 14º O candidato que tiver empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo IBGC se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

CAPITULO III
DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 15º O regime jurídico do pessoal do IBGC será o da legislação trabalhista e previdenciária.

Art. 16º A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Entrevista de Seleção

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato ao emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:

- O candidato está à procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de autoproteção - defesa de suas fraquezas.
- Seu objetivo é vencer a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada. Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconscientemente situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu".

- É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável - o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança. Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.
- A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.
- Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir.
- A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato -não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior.
- Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo. A entrevista dirigida é o termo médio das duas, e evita os excessos das mesmas.

O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente.

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa. A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato - experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo.

Como Preparar uma Entrevista:

• Obter a descrição e análise da função para o qual vai selecionar.

• Observar problemas dessa função (cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.).

• Preparar um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto).

• Elaborar perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não").

• Manter a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem falar (o entrevistador) mais de 10% do tempo.

Roteiro de Entrevista

- Histórico Profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.
- Histórico Educacional – 20% do tempo – avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.
- Histórico Familiar – 20% do tempo – avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status socioeconômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.
- Ajustamento Social Atual – 20% do tempo – avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.

Integração e Acolhimento

Grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um "vizinho novo", não basta apresentar o novato ao grupo.

É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.

A integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebem o novato, e do supervisor sob cujas ordens trabalhará.

Recepção e Apresentação:

- Receber com cordialidade e tratando pelo nome.
- O responsável apresentará ao coordenador e colegas.
- Apontarão seu lugar, equipamentos e instalações.

Informação e Motivação

- Falar da seção.
- Falar das normas e regulamentos unidade.
- Falar das tarefas e funções.
- Falar dos contatos que terá fora da seção.
- Falar das facilidades, benefícios e oportunidades.

CARTA DE RECEPÇÃO AOS NOVOS COLABORADORES

A Carta de recepção deverá ser entregue aos novos colaboradores quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e precisamos do trabalho em equipe com colaboração e profissionalismo para conseguirmos atingir nossos objetivos. Esperamos que você vista nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe

IBGC

Uso do Crachá

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos. Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição. Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

DO CONTRATO DE TRABALHO:

A contrato individual de trabalho é o documento por meio do qual se constitui uma relação de emprego entre duas partes. Através deste instrumento, o contratado – dito empregado – concorda em trabalhar para o contratante – denominado empregador -, prestando-lhe determinados serviços de maneira habitual.

No contrato individual de trabalho, estarão especificadas a função ocupada pelo trabalhador, o local de exercício do trabalho, a sua remuneração e a sua jornada de trabalho, dentre outras questões.

É possível ainda incluir neste contrato cláusulas especiais, tais como a de confidencialidade, a de vedação à concorrência e a de exclusividade.

Esse modelo é aplicável tanto às relações trabalhistas firmadas por prazo indeterminado, quando não há um momento fixado para o seu final – quanto àquelas estabelecidas por prazo determinado (incluindo o contrato de experiência), ou seja, os contratos que tem duração já previamente combinada pelas partes.

Igualmente, estão incluídas neste momento tanto os trabalhos a tempo parcial quanto a tempo integral.

Contrato de Trabalho

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes:

O **Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada** pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 21.236.845/0001-50, com Endereço na Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110, que por força do presente contrato passa a ser denominado EMPREGADOR;

..... (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), titular do CPF nº (.....), RG (.....), residente à Rua..... (endereço) doravante designado EMPREGADO;

Firmam o presente CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, nos termos da Artigo 456 da Consolidação das Leis Trabalhistas, e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do salário:

1.1 O EMPREGADO receberá a remuneração R$ XXX,XX por mês.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da prestação dos serviços:

2.1 O horário de trabalho será anotado na ficha de registro e a eventual redução da jornada por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre integra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário/turno que for determinado, observando o limite legal.

2.2 Obriga-se o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com acréscimo legal, salvo ocorrência de compensação, com consequente redução da jornada de trabalho em outro dia.

2.3 Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como à noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais, reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

2.4 Fica ajustado nos termos que dispõe o Parágrafo 1º do artigo 469, da Consolidação das Leis Trabalhistas, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para prestação de serviços tanto na localidade do Contrato de Trabalho, como em qualquer outro município dentro do território nacional.

2.5 O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGAORA E das Normas de Segurança que regulam suas atividades na EMPREGADORA e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – Demais disposições

3.1 Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, mandaram as partes lavrar o presente instrumento que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, para as finalidades de direito.

IBGC	**EMPREGADO**

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta utilizada pelo RH, mais especificamente pela área de gestão de pessoas, para mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma instituição. Ela pode ser realizada periodicamente de acordo com as necessidades da organização.

Essa metodologia também ajuda a entender se o colaborador está abaixo, atende ou excede o desempenho esperado pela organização e, a partir de uma análise de hard skills e soft skills, ou seja, de habilidades técnicas e comportamentais, é possível traçar um plano estratégico de acordo com a necessidade daquele colaborador ou equipe, como treinamentos, promoção, bonificação, desligamento, etc.

Além disso, a avaliação de performance auxilia em uma visão estratégica para a instituição, pois coloca em evidência pontos fortes e pontos de melhoria, tanto no que diz respeito a cada funcionário quanto no que concerne às equipes. Dessa forma, fica mais fácil visualizar formas de aprimorar processos e gerar mais resultados.

Entre os objetivos mais comuns, estão o desenvolvimento, a melhoria e a inovação. Os três pontos de atenção geram diferentes tipos de cobrança para o profissional ao serem desdobrados em metas.

Essas metas ajudam a mensurar o progresso e auxiliar no direcionamento do colaborador. Conheça algumas delas a seguir:

1. Metas de desenvolvimento

Correspondem ao crescimento profissional ou pessoal. Aqui se identifica o potencial do colaborador e busca a promoção das competências-chave para concretizá-lo.

2. Metas de melhoria

São os casos de corrigir o desempenho. Isso ocorre quando os relatórios apontam uma performance aquém dos padrões e requisitos esperados, e o RH deve acompanhar a evolução dos indicadores.

3. Metas de inovação

Consiste na criação de novas funções para aumentar a entrega de produtividade. É um fator determinante para o sucesso da empresa, porque, como o mundo vem se transformando rapidamente, as organizações são constantemente chamadas a inovar.

4. Metas Smart

Escolhendo as metas de desenvolvimento, melhoria e inovação, ou focando em outro aspecto, será importante estabelecer níveis de exigência adequados. A metodologia smart pode auxiliar bastante, uma vez que estabelece que as metas devem ser:

- algo claramente identificável e particularizado (específicas);
- aferíveis em termos quantitativos ou qualitativos(mensuráveis);
- um patamar dentro das possibilidades, forças e recursos dos destinatários (atingíveis);
- um fator realmente importante para empresa (relevantes);
- concretizáveis dentro de um prazo (definidas no tempo).
- ao considerar os cinco critérios, você promoverá a transparência nas avaliações de desempenho.

  Ao considerar os cinco critérios, se promoverá a transparência nas avaliações de desempenho. Afinal, todos saberão quais são as expectativas, e elas serão justas.

Para medir a avaliação de desempenho, o IBGC adotará em sua gestão dois tipos de pesquisas, tais como o próprio governo do Estado de Goiás realiza, quais sejam: autoavaliação e avaliação de desempenho 180º.

Autoavaliação:

Esse é um tipo que pode ser muito vantajoso quando se tem uma equipe madura e engajada na melhoria dos resultados. Além disso, é uma excelente forma de fazer com que os colaboradores se sintam como parte importante dos processos de melhoria pretendidos pela gestão para alcançar os resultados esperados.

Na autoavaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes. Em uma segunda etapa do processo, ele discute essa autoanálise com seu líder. Assim, juntos, colaboradores e gestores podem procurar as soluções para eliminar possíveis gargalos e melhorar os processos.

O uso dessa ferramenta é um estímulo para que os profissionais possam refletir sobre a sua performance, promovendo seu autoconhecimento e oferecendo a chance de eles mostrarem seu grau de amadurecimento e sua capacidade de entender os feedbacks repassados pela gestão rumo à melhoria contínua.

Um ponto de atenção para a equipe de Recursos Humanos está em verificar a imparcialidade do colaborador e do seu líder no momento da análise. É fundamental que o diálogo seja transparente e que os resultados não sejam fruto apenas do atendimento aos interesses individuais dos profissionais que participam da autoavaliação.

Avaliação de desempenho 180º

A avaliação de desempenho 180º é um meio tradicional, em que o desempenho individual do colaborador é averiguado pelo seu gestor direto, que acompanha de perto suas tarefas de rotina. Entre seus benefícios, está a garantia da padronização nos critérios de análise, o que possibilita que todos sejam avaliados sobre os mesmos tópicos.

Uma forma de minimizar problemas nesse tipo de avaliação é a calibragem de avaliação de desempenho. A partir dela, todos os relatórios são submetidos a um comitê composto pelo gestor de pessoas, por representantes do RH e por profissionais de diferentes níveis hierárquicos.

A ideia é analisar os critérios utilizados pelos líderes para deixar o nível de exigência mais uniforme e evitar a contaminação dos relatórios por problemas pessoais entre líder e liderado.

A importância do feedback

.O feedback ou retroalimentação, é a principal ferramenta para a percepção dos itens avaliados, pois através dele o avaliador comunica ao avaliado sua posição. Seja ela satisfatória ou não.

Portanto, o IBGC juntamente com a administração da unidade e o seu setor de Recursos Humanos, informará o avaliado e buscará aperfeiçoamento, traçando um plano de desenvolvimento.

Sendo a comunicação o mais importante para avaliar o desempenho, o feedback é a principal ferramenta para construir a união da organização e seus colaboradores, pois permite clara negociação de objetivos, portanto, todos saem ganhando quando as metas são atingidas.

Segundo Pontes (2005), para consolidar um modelo cooperativo entre a administração e os colaboradores, é necessário a construção de uma via de mão dupla, na qual ganhem a organização e os funcionários.

Todo colaborador deve ter um pleno conhecimento de sua avaliação. Através do feedback é possível que ele mesmo trace metas para alcançar seus objetivos pessoais. Através do feedback o colaborador poderá planejar o seu futuro dentro da organização, atingindo suas expectativas.

METAS

A avaliação de desempenho permite estabelecer metas de desempenho para o período imediatamente superior. Deste modo deverá ser verificado após o fim deste período se as metas foram atingidas, atribuindo-lhes pontuação de acordo com o grau de cumprimento das mesmas pelo colaborador ou equipe.

As notas serão de (um) à (cinco), assim delineadas:

1) Não entregou as metas definidas no início do ciclo;
2) Entregou parcialmente as metas definidas;
3) Entregou todas as metas definidas;
4) Superou as metas definidas;
5) Excedeu nos resultados das metas definidas.

Sugestões de condutas para combater o absenteísmo dos colaboradores

Sucintamente absenteísmo é o quantitativo de faltas ou atrasos dos colaboradores. Se em qualquer empresa isso já é um problema, em um ambiente de saúde, uma ausência inesperada de um colaborador, maximiza e muito a problemática da questão.

Essa ausência, por vezes se dá por adoecimento do servidor (motivos alheios ao trabalho ou até por questão de saúde ocupacional). Não só por doença isso ocorre, existem também os motivos de ordem legal, tais como: casamento, luto, doação de sangue, acompanhamento de dependente em médico, etc.

Uma cultura de engajamento, com práticas gerenciais bem delineadas e que combate o comportamento prejudicial é a prática a ser adotada pelo IBGC junto aos colaboradores da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

A primeira ação é a identificação dos fatores que motivam o absenteísmo, tais como ausência de reconhecimento, sensação de não ser desafiado no ambiente laboral, excesso de carga de trabalho trazendo sensação de sobrecarga, ausência de um líder capacitado (tecnicamente e em habilidades de gestão), ruídos e falhas na comunicação interna.

Para o IBGC a motivação do colaborador é fator decisivo e buscado continuamente. A gestão humanizada, motivadora, acolhedora e estimulante possibilita um ambiente propício para a satisfação profissional.

Ademais, ouvir o colaborador, lhe dando voz, permite que o mesmo se sinta ouvido e que suas demandas (quando justas) sejam acolhidas, minimizando assim o absenteísmo.

CONHECER PARA ENFRENTAR:

É preciso conhecer as razões de ausências para criar mecanismos de enfrentamentos a elas. Para isso é preciso aferir as causas e montar estratégias de controle.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:

Uma estratégia de enfrentamento bastante usual e muito eficaz é a bonificação por assiduidade do colaborador, atribuindo-lhe uma importância pecuniária junto ao seu salário, como “prêmio” por ter cumprido sua carga horária na totalidade.

O aniversário também é uma data em que, via de regra, as pessoas não desejam passar trabalhando, deste modo, criar uma bonificação com folga no dia do aniversário, é ação eficaz para estimular a assiduidade dos colaboradores.

Ademais, nos processos de promoção, será levado em conta atrasos e faltas como critério de classificação, gerando assim entre os colaboradores a noção de que para crescer na unidade é necessário ser diligente com sua carga horária.

TIPOS DE ABSENTEÍSMO:

- Absenteísmo voluntário: é a falta do colaborador por motivos alheios, não justificados e nem amparados por lei;
- Absenteísmo por doença: ausências justificadas pela doença ou necessidade de intervenções do colaborador;
Absenteísmo por doença laboral: faltas explicadas por acidente de trabalho ou doença laboral;
Absenteísmo compulsório: definido como impedimento de comparecer ao trabalho, ainda que por motivo alheio à sua vontade, tais como prisão e suspensão administrativa.

Técnicas para estímulo da produtividade:

Educação continuada (treinamento de equipe)

Quando uma equipe sabe bem as suas funções e o que é necessário fazer, ela se sente mais confiante e consequentemente deslancha e se torna bastante produtiva. Por isso, faremos constantes treinamentos com a equipe.

Documentando os aprendizados de cada processo

Quando erramos em algo, é quase automático nos sentirmos frustrados. Mas devemos lembrar que cada erro gera um aprendizado, e para que isso fique claro, devemos documentar quais foram esses aprendizados, e onde podemos melhorar para evitar que o erro se repita.

Quando tudo isso é documentando, fica fácil gerenciar o processo na unidade e tornar qualquer erro, fator de ser ainda mais produtivo.

Desenvolvimento de fluxos:

O fluxo do trabalho é a lógica dos processos da equipe. Por exemplo, se determinada atividade começa em uma equipe e termina em outra. Será que esse fluxo está funcionando ou está gerando retrabalho?

Se essa atividade estiver gerando atrasos, é preciso entender qual é o gargalo no processo, e então montar um plano de ação para resolver esse problema. Ir testando algumas formas até tornar o trabalho ágil e eficiente para todos.

Incentivos e ambiente acolhedor:

Como já mencionado, o estímulo por meio de incentivos, sejam eles financeiros, de reconhecimento ou de algum benefício como uma folga, é um estímulo ao aumento da produtividade.

Além disso o ambiente de trabalho humanizado e acolhedor, permite ao colaborador se sentir confortável, e com bem – estar de modo que a produção aumentada se torna um fator natural nesse processo.

.

REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

Josh Bersin, guru de RH e fundador da Bersin by Deloitte disse para Forbes em Dezembro de 2017:

> Assim como muitas estratégias disruptivas transformaram empresas de viagens, varejo e outras indústrias, devemos essencialmente "transformar "nosso pensamento de RH com a adoção de soluções digitais.

Cada vez mais as instituições estão descobrindo que o principal ativo de um negócio são os colaboradores. Assim, entre as atividades de recursos humanos que vão muito além de fechamentos e contratações, entraram também plano de carreira, treinamentos, elaboração de estratégias, entre outros.

Somado a todo esse contexto temos a recente reforma trabalhista. São diversas vertentes que o profissional de RH deve estar atento.

Métodos antigos, pilhas de papéis e trabalhos manuais não acompanham mais o ritmo deste departamento em uma instituição.

Em meio a tantas atribuições importantes, o fechamento não pode mais ser a principal preocupação de um setor tão estratégico.

Enquanto existem entidades que gastam quase uma semana para realizar esta função, outras que já automatizaram a gestão de ponto fazem isso em apenas um dia. Assim, organizações atualizadas, ganham vantagem competitiva.

O controle de ponto online, proposto pelo IBGC, pode trazer diversos benefícios para um gerenciamento eficiente. abaixo listamos algumas dessas vantagens:

Estrita observância à legislação:

Os softwares são configurados de acordo com as exigências das Portarias 1510 e 373 do Ministério do Trabalho referentes ao controle de ponto e gestão de jornada. Assim, ao adotar o ponto eletrônico evitam-se erros e previnem os principais problemas enfrentados em processos trabalhistas.

CONTROLE EM TEMPO REAL

Permite que o gestor seja o primeiro a saber os atrasos de sua equipe e quem está fazendo horas extras. Todas as informações da jornada de forma rápida e prática, podendo ser acessado de forma online ser online, onde e quando for necessário.

O sistema proposto pelo IBGC é o de reconhecimento biométrico, evitando fraudes, e garantindo ainda mais segurança numa unidade de saúde como é o caso da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Pensando-se na segurança à ser oferecida ao parceiro público (SES/GO) tal sistema, proporciona ainda uma garantia extra para a segurança das documentações em caso de auditoria.

RELATÓRIOS GERENCIAIS E INDICADORES

Quando os dados ainda são manuais, os relatórios costumam ser desatualizados e despendem muito tempo para gerar os indicadores. Em sistemas automatizados como o proposto pelo IBGC, tanto relatórios, gráficos quanto indicadores estão sempre com as últimas informações registradas, prontos para serem utilizados na tomada de decisão.

CONTROLE DE PESSOAL

INFORMAÇÕES GERAIS

A adoção da Planilha de Escalas de Trabalho é uma importante medida de controle que auxilia na visualização dos profissionais escalados mensalmente.

Tem como importância principal a fácil visualização por pacientes, familiares e fiscalizações de órgãos competentes, sendo uma planilha de auxílio ao controle de pessoal da Unidade de Saúde.

A elaboração da escala é de responsabilidade das Coordenações e deverá ser entregue ao Departamento de Recursos Humanos assinadas e carimbadas pelos mesmos e seus colaboradores.

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO

Todos os profissionais contratados pelo IBGC devem ser incluídos nas escalas de trabalho com as informações de matrícula, CPF, setor de trabalho e nome completo.

Afastamentos:

Todo Afastamento seja por férias ou INSS deverão ser informadas nas planilhas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Modelo de escala:

ESCALA DE TRABALHO
SADT - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO
JANEIRO

Informações Funcionais				C.H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Horário
N	Nome	Coren/Função	Vínculo	Sem	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM																																				
1	Profissional 01			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	07 – 17
2	Profissional 02			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	07 – 17
3	Profissional 03			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	07 – 17
4	Profissional 04			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	09 – 19
5	Profissional 05			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	09 – 19
6	Profissional 06			40	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	F	F	8	8	8	8	8	09 – 19

Assinatura
Gerente de Enfermagem

Assinatura
Diretor Técnico

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

1. APRESENTAÇÃO (conforme Roteiro de Elaboração de Proposta)

Diante do início de qualquer profissional em uma Instituição, há o desconhecimento, sobretudo das normativas e estrutura organizacional, além de desconhecer também os processos de trabalho já estabelecidos.

Essa lacuna na formação do novo trabalhador afeta negativamente o serviço como um todo, frustrando as expectativas da equipe que o aguarda e as deste em relação ao novo serviço que inicia.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos profissionais à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o profissional que inicia suas atividades nesta Instituição, proporcionando-lhe um espaço de apreensão de conhecimento nos âmbitos operacionais e comportamentais, para que o mesmo desenvolva uma visão contextualizada da Instituição e, após este processo de informação, possa sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo profissional à Policlínica Regional, possibilitando ao profissional o conhecer da estrutura, dos valores e das normas da Instituição a qual passa a fazer parte, conhecer ainda as expectativas da organização em relação a ele , às suas atribuições e ao seu papel nos processos de trabalho, permitindo ao recém-admitido prestar um atendimento com qualidade aos usuários do SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I – promover o acolhimento e integração dos profissionais;

II – buscar uma melhor relação entre funcionário e a Instituição, diminuindo os temores e ansiedades que são vivenciados pelos recém-admitidos;

III - possibilitar ao recém-admitido informações sobre visão, missão, diretrizes organizacionais, normas e procedimentos da instituição, os benefícios que ela oferece, além de informações sobre a gestão de pessoas, avaliação do desempenho e remuneração.

IV- facilitar a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem

desenvolvidas e aos procedimentos de segurança padronizados e exigidos de cada setor;

V - proporcionar uma melhor adaptação do profissional à equipe de trabalho.

3. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos funcionários e os integra à sua cultura, ao seu contexto e ao seu sistema de trabalho, é muito importante porque traz em seu bojo os elementos que contribuirão para definir o desempenho do novo funcionário (CHIAVENATO, 1999).

Os principais objetivos a serem alcançados pela integração são redução da ansiedade das pessoas, redução da rotatividade, economia do tempo e adequação das expectativas à realidade da empresa (CHIAVENATO, 1999).

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde representa um grande problema enfrentado principalmente pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (Nomura;Gaidzinski;2005).

Reter e comprometer os profissionais em seus postos de trabalho, manter a qualidade da assistência, promover motivação e envolvimento aos novos funcionários, proporciona ganho tanto para o campo institucional quanto para o individual, diminuindo custos na contratação e treinamento. Assim, faz-se necessário a criação de estratégias para o aumento do grau de satisfação dos profissionais em relação ao treinamento recebido para a execução do trabalho e do acompanhamento da chefia em relação ao trabalho.

Ao facilitar a adaptação do novo funcionário, a instituição eleva as chances de sucesso na contratação realizada, aumentando a capacidade de resposta do funcionário para atender às necessidades do serviço de maneira mais rápida e autônoma sobre seu trabalho, estimulando o relacionamento mais próximo e saudável entre ele e a equipe.

O Programa de Acolhimento justifica-se na busca de proporcionar ao profissional o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

4. PÚBLICO-ALVO

Os profissionais recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades na Policlínica Regional.

5. AÇÕES

O Programa de Acolhimento da Policlínica Regional será desenvolvido pela Gerência de Recursos Humanos, a qual será composta por dois profissionais que coordenarão as ações e treinamentos, utilizando o corpo clínico e profissionais da Policlínica para o

desenvolvimento do acolhimento dos novos profissionais, devendo o mesmo ser implementado nas seguintes linhas de ação:

5.1. ACOLHIMENTO INICIAL

5.1.1. Finalidade Receber o funcionário e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

5.1.2. Responsáveis Recursos Humanos em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, experiência da área de atuação do novo profissional.

5.1.3. Atribuições de cada setor

5.1.3.1 Recursos Humanos

a) apresentar ao funcionário informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

c) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento:

- Regulamentação de Trabalho;
- Normas Gerais de Funcionamento
- Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações;
- Descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas.

d) responsável pelo encaminhamento do funcionário ao gerente de sua área de atuação e ao SESMT local.

5.1.3.2. SESMT

Local Responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

5.1.3.3 Gerência do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas e às rotinas e procedimentos adotados no setor.

b) responsável na criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

5.2. TREINAMENTO INTRODUTÓRIO

5.2.1 Finalidade da ação

Proporcionar aos novos profissionais um conjunto de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os profissionais na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.2. Responsável

Ação implementada pelo Recursos Humanos.

5.2.3. Recepção ao evento

Os novos profissionais receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão, Perfil e Valores da Instituição e bolinha "anti-stress".

5.2.4. Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Estrutura Organizacional, Humanização, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade, Educação Continuada e Projetos, Recursos Humanos e Regulação em Saúde/SUS.

5.2.5. Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

5.2.6. Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

5.2.7. Público-alvo

Novos funcionários do IBGC.

5.2.8. Carga horária

06 horas.

5.2.9. Periodicidade

Grupos quinzenais para os profissionais admitidos no período.

5.2.10. Resultados esperados Assimilação da cultura organizacional.

5.2.11. Avaliação do Treinamento Avaliação de Reação aplicada ao profissional.

5.3. TREINAMENTO INICIAL PARA O EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES

5.3.1 – Finalidade Promover a formação e a integração inicial de novos funcionários, facilitando a adaptação do recém-admitido às rotinas, competências, atividades a serem desenvolvidas e aos procedimentos de segurança exigidos de cada setor, para o atendimento das necessidades do serviço de maneira mais rápida, autônoma e segura, e ainda estimular o relacionamento mais próximo e saudável entre o novo profissional e a equipe.

5.3.2. Responsáveis Ação implementada pela Gerência da área de lotação do novo profissional.

5.3.3 Competências a serem trabalhadas

a) orientação e acompanhamento do profissional quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor;

b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do profissional recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

5.3.4. Metodologia

a) Os profissionais passarão pelo Treinamento Inicial para o Exercício das Funções composto por um programa teórico-prático estruturado para atender as necessidades de cada seção, conduzido pelo setor de Educação Permanente e pela gerência de lotação do novo funcionário. (Duração mínima de 7 dias).

b) Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O funcionário será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá ser estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao funcionário maior segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

5.3.5. Objetivos

a) preparação desse novo profissional para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;

b) orientação e acompanhamento do novo funcionário quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas, protocolos e procedimentos adotados no setor;

c) treinamento sobre políticas e protocolos institucionais: política de gerenciamento de riscos, protocolo de higienização de mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

5.3.6. Público-alvo Novos profissionais.

5.3.7. Carga horária

O treinamento a ser definido conforme as necessidades de cada gerência e quantidade de participantes por turma, deverá ter uma programação mínima de 7 dias, com carga horária mínima de 42 a 60 horas.

5.3.8. Periodicidade De acordo com a admissão de novos profissionais.

5.3.9. Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

a) melhor adaptação do novo funcionário às rotinas e competências exigidas ao desempenho de suas funções;

b) maior compreensão da importância do emprego dos protocolos em serviços de saúde da rede pública na construção do processo de trabalho e do modelo de atenção em saúde, com o estabelecimento de uma aprendizagem significativa;

c) utilização efetiva dos protocolos institucionais no dia a dia;

d) diminuição da rotatividade e de custos com seleção de pessoal.

5.3.10. Avaliação A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

a) avaliação inicial do funcionário: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente do profissional;

b) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 45 dias de experiência (contratação) (póstreinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função;

c) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 90 dias de experiência (contratação): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função, porém com grau de complexidade mais elevado alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos;

6. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do Programa ocorrerá por meio do controle de indicadores específicos realizados anualmente:

- Média do aproveitamento teórico prático do treinamento admissional da equipe (avaliação inicial, avaliação do supervisor (gerente) com 45 e com 90 dias (avaliação do alinhamento dos resultados com as necessidades de desenvolvimento dos treinandos)

- Avaliação do profissional sobre o programa de acolhimento (satisfação quanto ao programa oferecido e quanto aos condutores do treinamento).

– Turn - over no período de experiência (90 dias) e suas causas de desligamento.

O programa de acolhimento deverá ser validado através de ação conjunta dos gestores de todas as áreas da Policlínica, pois o sucesso do mesmo depende da co-participação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o funcionário se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa traçado será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

CARGO / FUNÇÃO	QDE	CHS	DEPT	FORMA CONTRATAÇÃO	SALÁRIO BASE	ENC+BENEF	TOTAL
DIRETOR ADMINISTRATIVO	1	40	Administrativo	CLT	R$ 8.000,00	R$ 12.400,00	R$ 20.400,00
DIRETOR GERAL	1	40	Operacional	CLT	R$ 10.000,00	R$ 15.500,00	R$ 25.500,00
DIRETOR TECNICO	1	40	Operacional	CLT	R$ 8.000,00	R$ 12.400,00	R$ 20.400,00
GERENTE DE ENFERMAGEM	1	40	Apoio	CLT	R$ 6.500,00	R$ 10.075,00	R$ 16.575,00
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO CARDIOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO DERMATOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 8.000,00	R$ 12.400,00	R$ 20.400,00
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO GINEGOLOGISTA/OBSTETRA	2	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 35.700,00
MÉDICO HEMATOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO MASTOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO NEFROLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO NEUROLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 8.000,00	R$ 12.400,00	R$ 20.400,00
MÉDICO PEDIATRA	2	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 8.000,00	R$ 12.400,00	R$ 40.800,00
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO PNEUMOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO REUMATOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO UROLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO DA FAMÍLIA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
MÉDICO RADIOLOGISTA	1	20	Operacional	CLT / PJ	R$ 7.000,00	R$ 10.850,00	R$ 17.850,00
TECNICO DE LABORATÓRIO	2	40	Apoio	CLT	R$ 1.800,00	R$ 2.790,00	R$ 9.180,00
ODONTÓLOGO	1	20	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 8.160,00
ASSISTENTE SOCIAL	2	30	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 16.320,00
PSICÓLOGO	1	40	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 8.160,00
NUTRICIONISTA	1	40	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 8.160,00
FONOAUDIÓLOGO	1	40	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 8.160,00
FISIOTERAPEUTA	4	40	Apoio	CLT / PJ	R$ 3.200,00	R$ 4.960,00	R$ 32.640,00
FARMACEUTICO	1	40	Apoio	CLT	R$ 3.160,00	R$ 4.898,00	R$ 8.058,00
TECNICO DE FARMÁCIA	2	40	Apoio	CLT	R$ 1.800,00	R$ 2.790,00	R$ 9.180,00
ENFERMEIRO	6	40	Apoio	CLT	R$ 3.500,00	R$ 5.425,00	R$ 53.550,00
TECNICO DE ENFERMAGEM	12	40	Apoio	CLT	R$ 1.800,00	R$ 2.790,00	R$ 55.080,00
TECNICO DE RADIOLOGIA	7	40	Apoio	CLT	R$ 1.800,00	R$ 2.790,00	R$ 32.130,00

TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA	1	40	Apoio	CLT	R$	1.800,00	R$	2.790,00	R$	4.590,00
TECNICO DE ENSINO E PESQUISA	1	40	Apoio	CLT	R$	1.800,00	R$	2.790,00	R$	4.590,00
AUXILIAR DE SAUDE BUCAL	1	40	Apoio	CLT	R$	1.400,00	R$	2.170,00	R$	3.570,00
MOTORISTA DA CARRETA	1	40	Administrativo	CLT	R$	2.800,00	R$	4.340,00	R$	7.140,00
MOTORISTA MICROÔNIBUS	2	40	Administrativo	CLT	R$	2.400,00	R$	3.720,00	R$	12.240,00
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	1	40	Administrativo	CLT	R$	4.000,00	R$	6.200,00	R$	10.200,00
ASSESSOR DE COMPRAS	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
ASSESSOR DE LOGISTICA	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
ASSESSOR ADMINISTRATIVO/FINANCEIRO	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
ASSESSOR DE RH	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
ASSESSOR DE FATURAMENTO	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
COORDENADOR DE APOIO OPERACIONAL	1	40	Administrativo	CLT	R$	4.000,00	R$	6.200,00	R$	10.200,00
TELEFONISTA	3	30	Administrativo	CLT	R$	1.400,00	R$	2.170,00	R$	10.710,00
RECEPCIONISTA	6	40	Administrativo	CLT	R$	2.100,00	R$	3.255,00	R$	32.130,00
MAQUEIRO	4	40	Apoio	CLT	R$	1.600,00	R$	2.480,00	R$	16.320,00
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	7	40	Apoio	CLT / PJ	R$	1.200,00	R$	1.860,00	R$	21.420,00
JARDINEIRO	1	40	Administrativo	CLT / PJ	R$	1.400,00	R$	2.170,00	R$	3.570,00
VIGILANTE	8	40	Administrativo	CLT / PJ	R$	4.200,00	R$	6.510,00	R$	85.680,00
TECNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	40	Administrativo	CLT / PJ	R$	2.100,00	R$	3.255,00	R$	5.355,00
MÉDICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	15	Administrativo	CLT / PJ	R$	4.500,00	R$	6.975,00	R$	11.475,00
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	15	Apoio	CLT / PJ	R$	4.500,00	R$	6.975,00	R$	11.475,00
ASSESSOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1	40	Administrativo	CLT	R$	3.000,00	R$	4.650,00	R$	7.650,00
AUXILIAR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	2	40	Administrativo	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	7.650,00
AUXILIAR DE RH	1	40	Administrativo	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	3.825,00
AUXILIAR DE SAME	2	40	Administrativo	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	7.650,00
COORDENADOR DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	1	40	Apoio	CLT	R$	4.000,00	R$	6.200,00	R$	10.200,00
COORDENADOR MÉDICO	1	40	Operacional	CLT	R$	5.000,00	R$	7.750,00	R$	12.750,00
AUXILIAR DE LAVANDERIA	1	40	Apoio	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	3.825,00
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO	2	40	Administrativo	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	7.650,00
AUXILIAR DE ALMOXARIFADO	1	40	Administrativo	CLT	R$	1.500,00	R$	2.325,00	R$	3.825,00

PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

O **planejamento** é essencial para alcançar o êxito, pois determina onde uma instituição quer chegar e como ela fará para executar o seu objetivo.

Para que um planejamento dê certo, é preciso envolver pessoas de vários níveis, se comunicar claramente, garantir que todos conheçam os seus objetivos e coordenar as atividades da organização para que as coisas aconteçam.

Para isso, é preciso entender os **principais níveis de planejamento: estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influência no resultado geral da organização.

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que se estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, onde definimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de **responsabilidade da alta administração da mesma**.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para o período de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muitos detalhadas, pois seria difícil acertar tantos detalhes para um período tão longo.

É importante lembrar que devido as ações de longo prazo, o planejamento deve ser revisado e atualizado continuamente, para que as informações sejam mais reais e sirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foi planejado e o que foi executado.

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização, o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas.

Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, e podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamos desenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelo nível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações que são aplicadas em curto prazo, geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, **garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas,** de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançar os resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois é um processo integrado e interdependente.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para o orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores, e o operacional para levar os planos a execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos da Policlínica e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.

Nicolau Gordeeff (2020).

OBJETIVO DO PROJETO:

Primordialmente o objetivo da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é proporcionar o bem – estar, saúde, dignidade e cidade às pessoas por intermédio de profissionais que prestem serviços humanizados, com excelência, de forma ética.

Tal visão se alinha com a do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, a medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que a Policlínica será uma Unidade de Apoio Especializado e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas com

médicos de diversas especialidades. Possuirá todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins de diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Por meio da Policlínica, o Governo de Goiás promoverá serviços especializados de média complexidade e alta resolutividade em articulação com a atenção básica e assistência hospitalar, oferecendo à população da região o acesso ambulatorial às especialidades médicas diversas.

Além disso o sustentáculo da parceria à ser realizada entre IBGC e SES/GO para gestão e operacionalização da Policlínica se dá do seguinte modo:

- Lei 8080/90, princípios e diretrizes do SUS;
- Observância da legislação sanitária e ambiental;
- Gestão da unidade baseada em indicadores mensuráveis;
- Busca de certificação de qualidade em saúde.
- Política de Educação Permanente em Saúde do SUS;
- Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO IBGC NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:

• Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

• Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade;

• Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

• Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

• Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

• Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.

• A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção da Policlínica .

2) Ferramentas Da Qualidade

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e da unidade, de forma a romper com a linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto regular-se, para o isso a unidade propõe o uso das seguintes ferramentas:

- Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.

- Diagrama de Dispersão: fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.

- Diagrama de causa efeito ou Diagrama de Ishikawa: identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.

- Gráfico de Pareto: favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.

- Carta de Controle: acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.

- Folha de Verificação: numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado período de tempo.

- Histogramas: colaborar por meio da união dos dados, a medição e tornar visível a flexibilidade de um determinado processo e é representado por um gráfico.

- Matriz de GUT: representar os problemas ou riscos potenciais por meio das prioridades, visando diminuir os efeitos.

- Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.

- 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.

- 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial.

Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades.

3) CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES

O IBGC informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho serão encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás , até o 10º (décimo) dia de cada mês.

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro-Síntese de Metas de Desempenho

Indicador	Meta
Taxa de Absenteísmo de Consultas Médicas	< 20%
Taxa de Absenteísmo de Consultas Não Médicas	< 20%
Índice de Retorno Médico	< 20%
Perda Primária em Consulta Médica	< 20%

4) CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

O IBGC se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria continua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

- A avaliação pelo ONA que é realizada pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis:

- Acreditado (Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos).

- Acreditado Pleno (Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos).

- Acreditado com Excelência (O princípio deste nível é a "excelência em gestão". Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos)

5) Implantação de todos os serviços da unidade:

Objeto de implantar todos os serviços da unidade, de acordo com a carta de serviços contida no Termo de Referência no Chamamento Público em tela, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias.

Planejamento Estratégico	Planejamento Tático	Planejamento Operacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Implantação de todos os	Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto																		

serviços da unidade																			
		Diagnóstico inicial da unidade																	
		Carteira de serviços ambulatório																	
		Carteira de Serviços SADT																	
		Carteira de Serviços PIC's																	
		Carteira de serviços Hemodiálise demais serviços previstos e pactuados																	
Cumprimento de Metas e Indicadores pactuados	Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatório e demais serviços.																	
	Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário																	
Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial	Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com equipe gargalos do acesso ao serviço da unidade																	
	Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia																	

	com a Gestão Estadual.																		
Ferramentas Da Qualidade	Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.	Definir método a ser utilizado																	
CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE	Implantação de processos	Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses																	

CUSTOS: Os custos dos projetos alinhavados acima pelo IBGC já são embutidos na própria proposta financeira para a unidade, tendo em vista serem custos sobretudo com recursos humanos e processos assistenciais da unidade.

RESULTADOS FACTÍVEIS:

- Implantação de serviços: implantação integral dos serviços em até 6 (seis) meses;

- Cumprimento de metas e indicadores contratuais: Cumprimento de 90% no mínimo de metas pactuadas entre a SES/GO e o IBGC e 100% dos indicadores de desempenho.

- Certificação ONA 1: Implantação integral de todos os projetos e certificação ONA 1 em no máximo 18 (dezoito) meses de gestão;

- **Ferramentas Da Qualidade:** Definição e utilização da melhor ferramenta de mensuração de qualidade, a partir de uma análise inicial da unidade (3 primeiros meses);

- Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial: identificar e superar barreiras de acesso ao serviço da unidade e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

Para se atingir o planejamento estratégico é necessário desmembrar as ações à nível tático e operacional, à fim de se obter êxito.

Deste modo cada tópico do planejamento estratégico será esmiuçado em subprogramas dentro de um Projeto Tático de Ação. Cada projeto contará com a figura de um supervisor de projeto que abordará as ações em um nível operacional.

Para um acompanhamento eficaz, serão delimitadas ações e definidos indicadores, além de programação de reuniões periódicas que permitam acompanhar de perto a evolução.

Planejamento Tático	Planejamento Operacional	Prazo	SUPERVISOR DO PROJETO
Planejamento prévio	Planejamento de todas as frentes do projeto	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
	Diagnóstico inicial da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
	Carteira de serviços ambulatório	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
	Carteira de Serviços SADT	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
	Carteira de Serviços PIC's	Início em 30 dias após o contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL

	Carteira de serviços Hemodiálise demais serviços previstos e pactuados	Início em 90 dias após o contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL
Definição de indicadores de produção	Desempenho no ambulatório e demais serviços.	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Definição de indicadores de desempenho	Desempenho no faturamento, regulação e atendimento ao usuário	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade	Alinhar com equipe gargalos do acesso ao serviço da unidade	A partir do primeiro dia do contrato de gestão	SUPERVISOR DO NIR
Identificar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.	Reunião de equipe para desenvolvimento de metodologia	A partir de 30 dias após o contrato de gestão	A partir do primeiro dia do contrato de gestão
Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das	Definir método a ser utilizado	A partir de 30 dias após o contrato de gestão	SUPERVIDOR ASSISTENCIAL

sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.			
Implantação de processos	Alinhamento com equipes para definição de cronograma interno para certificação em 18 meses	Início à partir de 120 dias do Contrato de Gestão	SUPERVISOR DO NÚCLEO DE QUALIDADE DO PACIENTE

.

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO I

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O setor de Almoxarifado e Patrimônio **da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás** terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Esse Manual tem como finalidade a orientação da realização de atividades pelos colaboradores da unidade, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES:

O Setor de Almoxarifado e Patrimônio da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
- A patrimonialização e controle dos bens da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/ razão social do fornecedor, através da Autorização de Fornecimento/ empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar em conformidade as especificações técnicas descritas na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens da Policlínica Regional – Cidade de Goiás;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;
- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;

- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de materiais médico-hospitalares;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisições dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O almoxarifado, na confirmação de Klipel (2014), trata-se do setor responsável pela gestão física dos estoques, com exceção dos produtos em processo, e tem a função de guardar, preservar, receber e expedir materiais, de acordo com determinadas regras e métodos de armazenagem, para atender a produção e os materiais entregues pelos fornecedores.

Para Paoleschi:

Almoxarifado é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços em que permanecerá cada item aguardando a necessidade de uso (PAOLESCHI, 2009, p. 18).

O almoxarifado guarda os materiais de consumo interno necessário ao cotidiano da organização.

Nele existem espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização e disposição interna condicionada a política de estoque da empresa.

O almoxarifado apresenta uma fundamental relevância em uma unidade de saúde como a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, uma vez que existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, e exigem certo grau de emergência e disponibilidade, mesmo que não exista movimentação frequência do material.

Devido a essas particularidades, surgem diversos desafios para gerenciamento do estoque que envolvem alocação dos produtos ou serviços certos no lugar certo, no momento certo, e nas condições desejadas, proporcionando melhores contribuições para a organização (SILVA, 2016).

Em razão disso, é necessário que haja sempre uma previsibilidade do consumo local.

Obviamente que essa previsibilidade visa gerar uma disponibilidade do item para quando for necessário, ocorre que gerar disponibilidade é sinônimo de gerar um custo, uma vez que muitas vezes essa disponibilidade ocorre, mas o consumo não é constante.

Especificidades como essa demonstram a dificuldade que por vezes surge para o bom gerenciamento do estoque em relação aos custos.

Em suma, materiais não podem ser comprados em excesso, nem de maneira escassa, sob o risco de que estas falhas no processo geram muitos problemas para a unidade. Desse modo o planejamento e previsibilidade corretos se mostram fundamentais, para se garantir eficiência no atendimento, custo coerente e sustentabilidade.

Resumidamente, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõe a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

Usando ferramentas e sistemas informatizados que permitiam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Almoxarifado e Patrimônio é um departamento contido na estrutura de uma unidade de saúde, e tem como finalidade precípua fornecer meios para armazenagem correta de itens de consumo geral e bens.

Esse setor acaba por aglutinar duas funções, quais sejam: função operacional referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da unidade e função de apoio à atividade médica.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almoxarifado e Patrimônio tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e materiais permanentes da **Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás**, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos.

Em razão da complexidade dos assuntos tratados, o Manual está estruturado de acordo com itens elencados:

I – Apresenta as principais definições relacionadas à gestão de materiais e patrimônio.

II e **III** – Refere-se ao objetivo deste manual, à importância do Almoxarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.

IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almoxarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.

V – Trata das atividades do Almoxarifado, que compreende os fluxos, as rotinas de recebimento e aceitação de materiais, os cuidados de armazenagem, bem como os requisitos a serem observados na distribuição, os procedimentos para os materiais permanentes e os procedimentos pertinentes aos balanços mensais.

VI - Compreende todo o processo de controle de estoque no sistema, observando os métodos adequados para um efetivo controle e padronização.

VII - Trata dos procedimentos do inventário físico de estoque anual.

VIII – Refere-se às responsabilidades pertinentes a guarda e uso, bem como aos danos causados aos materiais sob a guarda do almoxarifado e do setor de patrimônio.

IX, X e **XI** – Compreendem as considerações finais, o referencial bibliográfico e anexos.

DEFINIÇÕES

Para fins deste manual, considera-se:

Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas.

Almoxarifado: consiste no lugar destinado a armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno de materiais de consumo e materiais permanentes utilizados pela Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, antes de serem distribuídos aos setores.

Almoxarife: pessoa designada, responsável por receber, identificar e conferir materiais registrando as movimentações de entrada e saída de materiais ou produtos.

Armazenagem: parte logística responsável pela conservação e guarda temporários de produtos em geral, adquiridos com a finalidade de suprir as necessidades operacionais das unidade.

Conferência qualitativa: análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, por meio da confrontação das condições contratadas na autorização de fornecimento com as consignadas na nota fiscal pelo fornecedor.

Conferência quantitativa: É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário quando for necessário ou requisitado.

Guia de remessa/devolução: documento que acompanhará a distribuição dos materiais, como também poderá ser utilizado quando ocorrer transferências de material entre setores.

Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis.

Materiais de Consumo: são aqueles que em razão de seu uso corrente e da definição da Lei 4.320/64, perde normalmente a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois)

anos, tais como, gêneros de alimentação, materiais de limpeza; materiais de higiene; materiais gráficos; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção e reposição; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; entre outros materiais não duradouros.

Materiais de Consumo de uso imediato: material cuja demanda é imprescindível, para o qual não são definidos parâmetros para ressuprimento e que não deve ser mantido no Almoxarifado.

Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação e todo aquele que, em estoque ou em serviço, independente da sua natureza, não tenha mais utilidade para o órgão gestor.

Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a 2 (dois) anos.

Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Patrimoniamento de bens: ato de reconhecimento de um bem, que o transforma em patrimônio oficial, realizado através de plaquetas (placas) de sinalização contendo número de série.

Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue a unidade no local previamente designado e esteja em conformidade com as especificações constantes no empenho e nota fiscal.

Requisição: fase da etapa da gestão de materiais em que o setor requisitante formaliza o pedido de material ao Almoxarifado.

Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de um setor para outro.

Tombamento: é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial na unidade gestora.

1. OBJETIVO

Normatizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoxarifado e Patrimônio da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, orientando os colaboradores quantoao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e de bens patrimoniais, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

2. O ALMOXARIFADO

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que hajamaximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução dasrotinas e dos procedimentos competem à Gerência Administrativa,vinculada à Diretoria Administrativa.

A aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme orientações da Diretoria Administrativa.

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtossem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

3. ESTRUTURA

3.1. Estrutura do Almoxarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almoxarifado visa o aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical,tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.

A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;

- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

4. ATIVIDADES DO ALMOXARIFADO

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

4.2 Rotina para Recebimento de Materiais

4.2.1 Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte dofornecedor.

O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

4.2.2 Benefícios do Agendamento:

a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;

b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização dasmercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;

c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição,não gerando atrasos na programação.

4.2.3 Processo de Recebimento

4.2.3.1 O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor atéa entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, comprase transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;
- Termo de cessão;
- Termo de doação;
- Declaração de permuta;
- Guia de remessa de material.

No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

- Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida

dentro do prazo estipulado no contrato.

- Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.
- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.
- Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).
- No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

Verificação do nome Genérico e Comercial;
Forma farmacêutica, concentração;
Número do lote;
Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;
Registro no Ministério da Saúde;
Qualidade da rotulagem;
Presença de umidade;

Condições de fechamento da embalagem;

Condições das caixas;

Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

- Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;
- Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;
- Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura,temperatura e aspecto geral;
- Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.

Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a **Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria.**

Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergênciaverificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete. Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim, como também sendo registrado no sistema de informáticacom situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como **recebimento definitivo**.

- **Recebimento provisório** será caracterizado no caso do material depender deaceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento deverá carimbar canhoto na Nota Fiscal: **Recebido... Volume sujeito a conferência,** como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".
- No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";
- Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almoxarife.

Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

5.1.1.1. Rotina para Aceitação de Materiais

A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade do produto que por sua vez, deverá estar em conformidade com a autorização de compra ou contrato.

O encarregado do almoxarifado indicará esta condição no documento de entrega do fornecedor quando se tratar de bem **permanente** e solicitará ao Setor de Patrimônio esse exame para a respectiva aceitação.

Nos casos de exame qualitativo, após a conferencia técnica, deverá ser preenchido oformulário denominado "**Conferência Técnica**", assinado pelo técnico especializado e devolvido ao almoxarifado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de solicitação.

Após a devida conferencia do material, o almoxarifado deverá encaminhar a nota fiscal:

a) **No caso de material de consumo:** Encaminhar para o setor de financeiro para a devida liquidação.

b) **No caso de material permanente:** Encaminhar 1 (uma) via para a unidade de patrimônio e posteriormente para o setor financeiro.

Quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado do Almoxarifado notificará o setor de compras que providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

5.1.2.2 Materiais de Consumo Imediato

Alguns materiais apresentam consumo imediato, ou seja, não ficam armazenados no Almoxarifado, tais como: pão, água, etc.

Para estes materiais, a etapa de recebimento é diferenciada, o produto é entregue diretamente no local de consumo, onde deverá ser dado o aceite da mercadoria no momento da entrega, devendo constar nome, CPF, data e horário do recebimento.

Ao receber a nota fiscal o departamento de compras deverá colocar o carimbo de **"MATERIAL DE CONSUMO IMEDIATO"** na frente da nota e o recebimento atestando o aceite e conferência das mercadorias.

Após este processo, a mesma deverá ser encaminhadapara o Almoxarifado para devido registro. Como o material já foi consumido, no momento da entrada, o Almoxarifado já registrará a saída do material, ficando o item com o saldo zero no estoque e o seu consumo registrado.

Após este processo a nota fiscal segue os mesmos trâmites de recebimento dos demais materiais.

5.1.3 Patrimoniamento do Bem

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almoxarifado deveráencaminhar uma via da nota fiscal à unidade de patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido patrimoniamento.

5.1.3.1. Tombamento

Os bens móveis patrimoniais que tenham ingressado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás terão obrigatoriamente o número de registro (tombamento) antes de serem utilizados/distribuídos.

Os números de registro patrimonial terão ordem crescente rigorosa precedidos do nome da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás (Policlínica Cidade de Goiás **Nº XXXXXX).**

Quando não for possível a utilização de plaquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente,carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Caso não seja possível a fixação da plaqueta, a mesma deverá ser anexada junto ao relatório na pasta de "**Responsáveis pela Guarda de Bens Patrimoniais**" da unidade.

Todos os materiais permanentes adquiridos deverão ser tombados ainda no almoxarifado sob a responsabilidade dos responsáveis pelo setor de patrimônio antes de serem deslocados para o destino final, em cumprimento a Lei nº 4.320/64.

No caso de recebimento de material permanente por "doação", o "termo de doação" substituirá a nota fiscal e o mesmo deverá ser arquivado no patrimônio.

Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

- ✓ Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;

- ✓ Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;
- ✓ Jamais estocar em contato direto com o piso, utilizando corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;
- ✓ Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;
- ✓ Concentrar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;
- ✓ Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos,eliminando os riscos de acidentes;
- ✓ Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;
- ✓ Manter a face da embalagem ou etiqueta, que contém a marcação do item, voltadapara o lado de acesso ao local de armazenagem permitindo fácil e rápida leitura deidentificação e das demais informações registradas;
- ✓ Quando houver necessidade de empilhar deve-se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e não afetar sua qualidade pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente;
- ✓ No caso dos medicamentos, estocá-los (no pequeno intervalo até que sejam destinados à farmácia) de forma que permita a circulação interna de ar entre eles. Caso possua número de lote armazenar pela ordem crescente dos números de lotes, sempre respeitando se o posicionamento das caixas está corretoconforme as setas das embalagens e obedecendo as recomendações quanto a fragilidade de empilhamento máximo.

5.2.1. Armazenamento de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde)

Os medicamentos sujeitos a controle especial, por exigência da portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, devem ser adquiridos, armazenados e dispensados segundo critério definidos na portaria.

Dispõe a Portaria n° 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde:

– Deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico, quando se tratar de

indústria farmacoquímica".

Deste modo é necessário que haja armário reservado para o armazenamento destes medicamentos, devendo atender às exigências sobre a ventilação, temperatura, condições de luminosidade e umidade que também são necessárias para a área de armazenamento geral.

As entradas e saídas de medicamentos devem ser registradas em livro próprio e sistema informatizado de acordo com a legislação específica (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde) sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

5.2.2. Armazenamento de Produtos Alimentícios e Perecíveis.

Os produtos alimentícios requerem alguns cuidados especiais com relação ao seu armazenamento. Os locais de estocagem devem ser secos, frescos, arejados, iluminados, limpos e desinfetados regularmente. Os produtos devem ter as embalagens sempre fechadas,evitando a presença de insetos.

Os materiais de limpeza e outros produtos químicos devem ser guardados em local separado dos alimentos.

O armazenamento deve ser compatível com o tipo de alimento, haja visto que os produtos alimentícios se dividem em: perecíveis, semi-perecíveis e não perecíveis.

Perecíveis:

São os produtos que estragam com maior facilidade e precisam ser armazenados emfreezer ou geladeira. Exemplos: carnes, verduras, legumes, laticínios.

Ao serem recebidos, deverão ser imediatamente colocados em freezer, devidamente embalados, e, uma vez descongelados, não devem ser novamente congelados, por perderemas suas qualidades nutricionais.

Semi-perecíveis:

Estes produtos não estragam com tanta facilidade, não precisando de refrigeração, mas precisam ser consumidos em pouco tempo. Exemplos: ovos, alguns tipos de frutas e legumes.

Não perecíveis:

Estes produtos têm maior durabilidade e só precisam ser armazenados em lugares secos e ventilados, protegidos contra o calor excessivo e a umidade.

Os produtos devem ser examinados frequentemente, identificando e controlando sua utilização

através da data de validade, através de etiquetas. Os alimentos com data de validade/vencimento mais próximo devem ser colocados à frente, para serem utilizados primeiro, evitando-se assim a perda da validade.

Organizar, zelar e realizar o controle de estoque de gêneros alimentícios, separando os alimentos por grupos e utilizando o método "primeiro que entra, primeiro que sai", salvo emcasos de alimentos com a data de validade mais próxima e/ou com risco de perda do produto,não permitindo portando a perda e/ou deterioração de alimentos em suas unidades.

5.2.3. Segurança e Preservação dos Materiais

O material estocado deve ser cercado de todos os cuidados com vistas a conservação,a fim de evitar danificações, para permitir boas condições de uso, inclusive com adoção de medidas preventivas periódicas, tais como:

- ✓ Resguardar contra o furto ou roubo,
- ✓ Extintores de incêndio: colocados em lugares estratégicos, devidamente sinalizados e de uso conhecido dos servidores, bem como o seu controle de validade;
- ✓ Corredores e portas de acesso não poderão estar obstruídos;
- ✓ As instalações elétricas devem ser mantidas em bom estado;
- ✓ Colocar placas que indique a proibição de fumar no interior do almoxarifado;
- ✓ Controle Integrado de Pragas: Consiste em um conjunto de ações que visam o aumento na qualidade de controle de pragas, sem risco de contaminação. Deverá ser realizado por empresa especializada, a qual emitirá um Certificado de Garantia contendo:

  - ➢ Dados da empresa;
  - ➢ Nome da unidade;
  - ➢ Tipo de serviço executado;
  - ➢ Validade do serviço;
  - ➢ Assinatura do técnico responsável, com seu respectivo número de registro.

O acesso as dependências do almoxarifado devem ser restritas aos colaboradores lotadosno setor e, nos casos especiais, pessoas devidamente autorizadas pelo responsável do almoxarifado acompanhadas pelo mesmo.

5.2.3.1. Particularidades do Almoxarifado Farmacêutico:

Além do que já foi citado, o almoxarifado de medicamentos possui algumas particularidades relacionadas a segurança e preservação para que não afetem a estabilidadedos medicamentos, tais como:

Temperatura – é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações nos medicamentos. Elevadas temperaturas são contraindicadas para os medicamentos porque podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos medicamentos e alterando sua eficácia.

Umidade – Dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o desenvolvimento de fungos e bactérias,podendo desencadear reações químicas.

Para o controle de temperatura e umidade é necessário a utilização de termômetro e termo higrômetro nas áreas de estocagem, com registros, para correção de eventuais anormalidades.

Luminosidade – A incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando a estabilidade dos mesmos. O local onde os medicamentos são armazenados deve possuir, de preferência, iluminação natural adequada.No caso de iluminação artificial recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Ventilação – A circulação interna de ar deve ser mantida para conservação dos produtos.

Manuseio – O manuseio inadequado dos medicamentos pode afetar a sua integridade e estabilidade. Toda a equipe, incluindo motoristas, deve ser sensibilizada e treinada quanto ao manuseio e transporte adequado dos medicamentos.

5.2.3.2. Particularidades do Almoxarifado de Produtos Alimentares e Perecíveis:

O almoxarifado de alimentos possui algumas particularidades relacionadas à segurança e preservação dos alimentos.

Luminosidade: Os alimentos devem ser acondicionados protegidos do sol e da luz direta, devendo as janelas serem teladas para propiciar ventilação adequada.

Manuseio: Para uma melhor conservação dos produtos, após serem retirados das caixas e fardos, deverão ser guardados e agrupados por tipo e gênero nas prateleiras de modo a facilitar o

controle do estoque;

Os alimentos armazenados em geladeira e freezer deverão ser acondicionados em recipientes plásticos com tampa e/ou saco plástico atóxicos, identificados com nome do produto, data de produção e/ou validade.

Ao perceber qualquer alteração nas características sensoriais do produto, devido a infestação por insetos que venham provocar deterioração ou perda da qualidade dos gênerosalimentícios, deve-se providenciar a retirada imediata dos alimentos do almoxarifado e contratar uma empresa especializada para efetuar a dedetização do local.

5.3 Metodologia de Controle

O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o **método PEPS (Primeiro que entra,Primeiro que sai)** evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

O método PEPS obedece a uma ordem cronológica à medida que as mercadorias entram e saem do estoque. Assim, no momento do atendimento das requisições, dá-se baixanas primeiras unidades que entraram, ou seja, as mercadorias que chegaram primeiro são as primeiras a serem despachadas.

Neste método de gestão de estoque, usam-se os custos dos lotes mais antigos quandoas mercadorias deixam o estoque, partindo para o segundo lote mais antigo e, assim, sucessivamente. A circulação dos produtos ocorre de forma ordenada e contínua, refletindo com precisão o seu custo real.

No entanto, no controle de estoque de gêneros alimentícios e farmacêuticos, deverá observar as datas de validade mais próxima e/ou risco de perda do produto não permitindo aperda.

5.4 Distribuição

Todos os setores da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás serão supridos pelo seu Almoxarifado.

O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição, que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque devendo conter, no mínimo:

- ✓ Descrição padronizada do material;
- ✓ Assinatura da pessoa que autorizou;
- ✓ Quantidade dentro da necessidade do requisitante e dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.

As quantidades de materiais solicitadas deverão corresponder ao consumo médio. Caso o pedido seja superior ao consumo mensal, o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Nenhum equipamento ou material permanente poderá ser distribuído à unidaderequisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado pelo **Termo de Responsabilidade** que, no momento da entrega, deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

a. Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;
b. Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

5.4.1 Calendário de Distribuição

Por possuir uma dinâmica de trabalho bastante especifica, o almoxarifado poderá definir um calendário semanal de entrega que vise organizar a distribuição de material, dado o volume de atendimentos que possuir.

Este calendário englobará tanto os prazos para pedidos dos setores, quanto os prazos do almoxarifado para entrega.

Os pedidos que forem encaminhados após o prazo estipulado na programação, poderão ser agendados para a semana seguinte, de acordo com o calendário, salvo extrema necessida do item informada pelo gestor.

No momento da entrega nos setores, deverá haver uma pessoa responsável para o recebimento dos produtos da solicitação, para que não haja atrasos nas entregas das outros departamentos

5.5. Balanço Mensal de Movimentação de Estoque

Com objetivo de controlar a movimentação de estoque no encerramento de cada mês, o almoxarifado deverá fazer um levantamento dos materiais disponíveis no estoque e o responsável emitir junto ao sistema o relatório denominado **Balancete por Item** em 2 (duas) vias que será encaminhado à Diretoria Administrativa até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente.

5.6. Aquisição de Materiais para o Estoque

O Almoxarife efetua o pedido ao setor de compras, 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.

6. CONTROLE DE ESTOQUE

6.1. Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a entrada no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

a) Aquisição

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

b) Transferência

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo),utilizando para isso a **Guia de Remessa/Devolução.**

c) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada,sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quantoaos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualqur doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

6.2. Saída

6.2.1. Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do **Formulário de Requisição,** que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores.

O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão,para a Gerência Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para oresponsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

6.2.2. Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

a) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

b) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a **Guia de Remessa/Devolução** que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

c) Baixa por inservível

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais as necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 seclassifica como:

- **Ocioso:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;
- **Irrecuperável:** quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.
- **Vencido:** quando se tornar impróprio para uso em razão da perda de sua validade.

Para este processo utiliza-se o **Termo de Baixa de Materiais**, com o tipo 01 - Inservibilidade.

d) Baixa por Avarias

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 **-** Avarias. .

e) Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais, e

outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das responsabilidades, utilizando para esse processo o **Termo de Baixa de Materiais**, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-Sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade policial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Diretoria Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somenteapós a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

6.3. Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedadede materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distribuição (equipamentos, utensílios etc.) e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidare divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

a) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições

a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatóriosgerenciais para a tomada de decisões.

Cuidados na formação de nome básico

1. Não utilizar palavras no plural, tais como:
   cadernos
   lâmpadas
   tubos
   barras
2. Não usar palavras genéricas: conexão (nome básico: cotovelo)
3. Não usar gírias ou regionalismos: jabá (nome básico: carne seca)
4. Não usar marcas de produtos:
   bombril (nome básico: esponja de aço)
   isopor (nome básico: poliestireno)
   band-aid (nome básico: curativo adesivo)
5. Não usar palavras estrangeiras:
   drive (nome básico: unidade de disco)
   pallet (nome básico: estrado)
6. Não usar palavras referentes à embalagem ou forma de apresentação:pacote
   de arroz (nome básico: arroz)
   tubo de cola (nome básico: cola)
   caixa de grampo (nome básico: grampo)

b) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecidoem função de:

- ✓ Aplicação do material CADERNO, brochura
- ✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado
- ✓ Tipo de material BARRA, chata

c) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais. Nelas são informadas:

Peso	**Cor**
Dimensão	Resistência
Voltagem	Composição
Volume	Capacidade
Densidade	Outros

Ex: TUBO, aço galvanizado, 4mm

Estas informações são de extrema importância no conjunto de informações para perfeita definição e características do material.

d) Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a função opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);
- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

e) Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador),Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.

Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material.Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico
- Letras Minúsculas Nome Modificador, Características Físicas eDescrição Complementar.

7. INVENTÁRIO

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.

Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

a. **Inicial:** será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.

b. **De transferência de responsabilidade:** será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.

c. **Eventual:** Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.

d. **Anual:** No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almoxarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório **Termo de Inventário** deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

8. RESPONSABILIDADES

Todo colaboar poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimentodo material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almoxarifado deverá imediatamente comunicar o fato a Diretoria Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almoxarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais **na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás**.

A implantação de procedimentos de um almoxarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almoxarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise de custo benefício nos procedimentos de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizaros cumprimentos legislações que tratam do tema.

Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria

Cidade de Goiás, ...de.....de.....

À
(nome da empresa)

NOTIFICAÇÃO - IRREGULARIDADADE NA ENTREGA DE MERCADORIA

Fica essa empresa notificada, que no ato do recebimento das mercadorias decorrentes da Ordem de Fornecimento ....., e que foram acobertadas pela Nota Fiscal ....., foi constatado divergências conforme segue:

( ) Falta de mercadoria;

( ) Mercadoria em desacordo com o pedido;( )
Mercadorias com avarias;

( ) Outros (especificar).....

( ) Dessa forma, firmamos o aceite parcial e estamos devolvendo as seguintes mercadorias:.....

.....

( ) Dessa forma, estamos fazendo a devolução total das mercadorias, não sendo dado oaceite.

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura da Empresa (representante/transportadora)

Instruções de preenchimento da Notificação de Irregularidade na entrega de mercadoria:

Número de Vias – 02 (duas) vias;

Nome da Empresa: Informar o nome da empresa que está entregando a mercadoria; **Empenho:** Informar o número do empenho a que se refere a mercadoria com irregularidade;**Nota Fiscal:** Informar o número da Nota fiscal referente a mercadoria com irregularidade; **Nome e Assinatura do Servidor:** Informar o nome por extenso e assinatura do servidor responsável pelo recebimento;

Nome e Assinatura da Empresa: Informar o nome por extenso e assinatura da empresaque está realizando a entrega, bem como do preposto.

Carimbo de Recebimento e Aceitação

Certifico que foram recebidos os bens/serviços em favor da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, de acordo com o presente documento fiscal, em perfeitas condições e de acordo com as especificações estabelecidas. Ordem de Fornecimento: ...../..... Data: ...../...../..... ..... Responsável pelo Almoxarifado Nome

Instruções de preenchimento:

Ordem de Fornecimento: Informar o número do empenho que se refere a nota fiscal recebida;

Data: Informar a data;

Nome: Informar o nome por extenso do responsável pelo recebimento.

CPF/Matrícula: Informar número do CPF/Matricula do servidor.

Carimbo de Mercadoria Sujeita a Conferência

Certifico que os produtos constantes deste documento foram recebidos e os **VOLUMES ESTÃO SUJEITOS A CONFERÊNCIA.** Data:_____/____/_____ Nome:_____ CPF: _____ Assinatura: _____

Instruções de preenchimento:

Data – Informar a data da conferência;

Nome: Nome por extenso do responsável pelo recebimento;

CPF: Informar o CPF pelo responsável pelo recebimento;

Assinatura: Assinatura do responsável pelo recebimento.

Ficha de Conferência Técnica

CONFERÊNCIA TÉCNICA

O aceite do material descriminado abaixo somente será efetuado após a entrega destedocumento junto ao Almoxarifado (Devolver com Urgência).

Produto:	Quantidade:

Data Emissão:_____/____/_____

Foram conferidas as mercadorias constantes no Empenho Nº_____de _____

De acordo com a Nota Fiscal Nº_____Empresa_____ _____,

os quais se encontram:

( ) de acordo com as especificações técnicas solicitadas, bem como em condições normais de funcionamento.

( ) em desacordo com especificações técnicas solicitadas pelo motivo a seguir:

_____

_____

_____

Preencher o quadro abaixo após o Laudo Técnico

Conferido por:	
CPF ou matricula:	_____ Assinatura
Órgão/Unidade:	
Data:____/____/____	

Guia de Remessa/Devolução

	Nº
Natureza da Operação	*Data de Emissão*
GUIA DE REMESSA/DEVOLUÇÃO	/ /

Remetente

Nome				
Endereço			Bairro	
Município	UF:	CEP:		Telefone:

Destinatário

Nome				
Endereço			Bairro	
Município	UF:	CEP:		Telefone:

Dados do Produto

Item	Descrição do Material	Unidade	Qtde	Validade	Lote	Valor Unitário	Valor Total
						TOTAL	

Dados Adicionais/Observações

Recebimento

Expedido por: Nome: CPF/Matrícula: Data: / /	*Recebido por:* Nome: CPF/Matrícula: Data: / /

Assinatura:	Assinatura:

Termo de Baixa de Materiais

TERMO DE BAIXA DE MATERIAS				**Nº**
SETOR REQUISITANTE				**DATA**
Nº DE ORDEM	**CÓDIGO DO ITEM**	**DESCRIÇÃO**	**QUANT.**	**CÓDIGO MOTIVO DA BAIXA**
MOTIVO DA BAIXA 01- Inservibilidade 02-Extravio 03-Acidente 04-Sinistro 05-Doação 06-Avarias				
OBSERVAÇÕES				
DADOS DO SOLICITANTE DATA:____/____/_____ NOME:			**APROVAÇÃO** DATA:____/____/_____ NOME: _____	
CPF/MATRICULA: _____ ASSINATURA: _____ CARGO: _____			CPF/MATRICULA: _____ ASSINATURA: _____ CARGO: _____	
Este formulário deverá vir acompanhado, imprescindivelmente, de cópia de todo processo de autorização para arquivo da unidade de Almoxarifado pertencente ao Item				

Relatório Balancete Mensal (inserido no sistema informatizado da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás)

RELATÓRIO BALANCETE POR ITEM

Data inicial: **Data Final:**

Unidade do Almoxarifado:

Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Saldo (Anterior)	Valor (entrada)	Valor (saída)	Saldo (atual)
TOTAL						

Responsável do Almoxarifado

Requisição de Material de Consumo

REQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO				Nº
SETOR REQUISITANTE				DATA
MATERIAL			QUANTIDADE	
Nº Sequencial	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	PEDIDA	FORNECIDA
SOLICITADO POR			MATRICULA	
AUTORIZADO Data:___/___/_____ ASSINATURA		RECEBIDO Data:____/___/____ ASSINATURA	ALMOXARIFE Data:____/___/____ ASSINATURA	

A presente requisição deverá ser preenchida a partir do Catálogo de Materiais disponibilizado pela Seção de Almoxarifado

Ficha de Prateleira

FICHA DE PRATELEIRA					
PRODUTO:					
N° DOC	**PROC/DESTINO**	**DATA**	**ENTRADA**	**SAÍDA**	**SALDO**

Termo de Inventário

TERMO DE INVENTÁRIO: ANO_____

Almoxarifado:

_____

Endereço: _____ **Bairro**

-Telefone:_____

Responsável do Almoxarifado: _ **CPF:** _____

Categoria do Produto	Código do Item	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
TOTAL					

_____ _____

Responsável do Almoxarifado

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO II

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

O setor financeiro de uma unidade é o local responsável pela administração de recursos financeiros, sejam eles próprios da entidade gestora ou recebidos à partir de parcerias como contratos/convênios/termos de cooperação.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

Esse setor é responsável pelas operações financeiras cotidianas, como organização de contas à serem pagas e à receber, fluxo de caixa, organização de manutenção e oscilações de capital de giro, negociação de contratos firmados com terceiros.

Além disso, os colaboradores responsáveis pela gestão financeira de uma unidade, tem dentre suas atribuições, a responsabilidade com a guarda da documentação financeira e contábil.

Durante a gestão e operacionalização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás pelo IBGC todas as rotinas de Administração Financeira estarão subordinadas à Diretoria Administrativa, e destinam -se à gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A gestão contábil financeira da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás em relação ao Contrato de Gestão 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 Finanças 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;
- **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.

ROTINAS PARA A EFICIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Só é possível falar em uma administração financeira eficiente com responsáveis profissionais devidamente qualificados para o desempenho de suas atribuições, visando sempre a plena consecução dos objetivos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Esses profissionais envolvidos com a atividade de administração financeira, deverão:

I. Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente.

III. Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

IV. Contabilizar atos e fatos administrativos;

V. Colaborar com auditores interessados e habilitados e analisar as contas da unidade.

Apresentamos a seguir o mapeamento do processo de acompanhamento financeiro que passará por:

GERÊNCIA FINANCEIRA:

À Gerência Financeira compete:

• Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;
• Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição;
• Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor;
• Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços;
• Outras atividades correlatas;

A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por: **Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade**

CONTABILIDADE:

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da unidade de saúde. Ao Serviço de Contabilidade compete:

• Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.

• Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.

• Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.

• Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.

• Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.

• Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações dos bens da Instituição.

• Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

TESOURARIA:

O setor de Tesouraria é o local responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e rendimentos da unidade. À ela compete:

- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente;
- Emitir relação das ordens bancárias externas detalhadas, de acordo com a previsão financeira, para serem assinados pela Gerência/Diretoria;

- Desenvolvimento do planejamento de entrada – com panorama para 90 dias – e proceder com a alimentação de fluxo de caixa;
- Realizar o monitoramento de entradas de recursos sob o prisma cronológico, buscando a consolidação com o planejamento realizado;
- Conferência de recebimento de valores estabelecidos contratualmente, considerando as datas definidas nos instrumentos contratuais;
- Informar a gerência/direção dos desencontros, considerando o planejado versus o orçado em termos dos recebíveis;
- Reelaborar novas perspectivas para o planejamento, considerando novos cenários de entradas;

Com relação às saídas de valores, caberá a Tesouraria:

- Avaliar o fluxo de caixa consolidado visando obter cenários e perspectivas, considerando as obrigações – pagamentos- a serem realizados;
- Receber informações dos setores de recursos humanos e compras, de modo que seja possível a construção de planejamentos futuros de fluxos de caixa;
- Alimentar o fluxo de caixa, elaborando o planejamento das saídas com planejamento para 90 (noventa) dias;
- Proceder com o controle de contras, seguindo os moldes legais, organizando liquidações contábeis e financeiras;
- Emitir guias e recolher impostos;
- Comunicar a Diretoria Financeira qualquer discrepância encontrada, por intermédio dos relatórios gerados regularmente;
- Efetuar, após autorizado pela Diretoria Administrativa, o pagamento de fornecedores e prestadores de serviços;
- Dar quitação à folha de pagamento de colaboradores da unidade;

ATIVIDADES DA TESOURARIA QUE NÃO ENVOLVAM ENTRADA E SAÍDA DE RECURSOS:

- Semanalmente realizar conciliação bancária;
- Elaboração de Prestação de Contas;
- Avaliação e correção de fluxo de caixa junto à Diretoria, por intermédio de reuniões;
- Impressão e verificação de eventuais inconformidades dos pagamentos de fornecedores;
- Arquivamento de toda a documentação referente às operações realizadas;
- Acompanhamento e conferência de processos de pagamento;
- Tendo em vista a informatização (prevista no Tópico Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário) será papel da tesouraria o lançamento de todas as informações financeiras de pagamento no sistema informatizado da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;
- Quando no curso de suas atividades, surgirem documentações com teor contábil, deverá ainda, providenciar o encaminhador ao setor de Contabilidade para providências ao seu cargo.

PLANEJAMENTO:

É o setor responsável pela elaboração de panoramas financeiros e orçamentários, de modo a gerar uma previsibilidade na tomada de decisões, e nas atividades mensais. Deverá ser operacional, tático e estratégico, ou seja, abranger aspectos de curto, médio e longo prazo.

Trabalha com interface a outros setores, como: suprimentos (na elaboração do planejamento de compras); operacional (na elaboração de estimativas); financeira (lidando com orçamentos); Diretoria Administrativa e Gerências financeira e administrativa (dando suporte na tomada de decisões, por intermédio dos estudos realizados).

Atua ainda:

- Solicitando revisões e reajustes orçamentários quando necessário;
- Coletando dados para a elaboração da proposta orçamentária;

CONTROLE INTERNO:

É o setor responsável pela padronização de ações e observância de normas em todos os processos que versem sobre recursos financeiros da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Normatiza:

- Políticas internas;
- Autonomia administrativa;
- Despesas gerais;
- Alçadas de aprovações;
- Despesas extraordinárias;
- Revisão de limites de alçadas para aprovações, regularmente;
- Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- Separação de funções (autorização, execução, registro, controle)

FATURAMENTO:

O processo de faturamento é aquele que emite relatório de gestão, trazendo informações extraídas de banco de informações utilizados como DATASUS – Ministério da Saúde, e após uma análise das informações extraídas no BPA, emite um relatório chamado de "**relatório de faturamento**" que permite acompanhar se a média de atendimento na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, se manteve dentro da normalidade, emitindo relatórios por especialidade na unidade, e analisando o histórico dos atendimentos nos meses pretéritos.

Esse setor tem como precípua função o processamento das faturas da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, realizando o mapeamento dos atendimentos, procedendo com a consolidação de planilhas para posteriormente transmuta-las em receitas em observância a Tabela Unificada SUS.

EMISSÃO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES PARA A ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS:

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS:

As operações econômicas e financeiras do IBGC na gestão da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

• Balancete Analítico de Verificação

• Balanço Financeiro

• Balanço Patrimonial

• Balanço da Receita Orçada x Arrecadada

• Balanço da Despesa Fixada x Realizada

• 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:

• Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;

• Balanço Financeiro;

• Balanço Patrimonial Comparado;

• Demonstração das Variações Patrimoniais;

• Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;

• Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

Deverá ser encerrado pelo contador os balanços e *a posteriori* apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANEJAMENTO ANUAL FINANCEIRO (PAF) DA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS NA GESTÃO DO IBGC

O PAF será estruturado anualmente, observando a legislação pertinente e as especificidades do IBGC e compreenderá os seguintes itens:

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos, 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 angariados no exercício financeiro corrente, a serem computadas na apuração do resultado, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

• **Receitas Correntes** – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;

• **Receitas com Subvenções** – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;

• **Receitas Financeiras** – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

• **Receitas com Doações** – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, 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.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

• Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da unidade de saúde.

• Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.

• Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.

• Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.

• Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

GESTÃO DE CUSTOS DE UNIDADE DE SAÚDE

A gestão de custos de unidades de saúde é um dos maiores desafios para os gestores de uma unidade como a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Tem sido cada vez mais necessário buscar diferentes meios para otimizar os gastos e tomar decisões estratégicas.

Para isso, o gestor de uma instituição de saúde precisa ter o controle dos custos de serviços de saúde de forma integral. Isto é, acompanhando métricas, dados e conceitos que têm um impacto direto sobre o orçamento final. Tal como os valores gastos com materiais, o tempo de espera para o atendimento dos pacientes ou o período de ociosidade dos equipamentos. Muito além do controle básico de entradas e saídas de recursos, o gestor deve analisar diferentes aspectos e atividades de serviços de saúde que possam influenciar no custo final.

Uma gestão de custos de serviços de saúde eficiente permite identificar os principais gargalos da instituição, desde questões operacionais, de infraestrutura e falhas nos fluxos de atendimento.

Com o controle de dados também é possível reconhecer áreas e operações que podem ser otimizadas e fortalecidas para gerar resultados ainda melhores. Assim, a análise de dados é um processo de suporte à tomada de decisões gerenciais e estratégicas para a organização.

Tipos de custos de serviços de saúde

Os conceitos que envolvem a gestão de custos de serviços de saúde, são definidos abaixo:

Custo: tudo que é gasto direta ou indiretamente, na prestação de um serviço ou na produção de um bem (produto).

Custos fixos: são aqueles cujo valor não se altera quando se aumenta ou reduz a quantidade de volume dos serviços produzidos. Os custos fixos se mantêm mesmo que sem produção**. Por exemplo, se a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás atender 30 ou 200 pacientes, os custos com infraestrutura, segurança ou iluminação serão os mesmos naquele período**.

Custos variáveis: são aqueles cujo valor se altera quando se aumenta ou diminui a quantidade de volume de serviços prestados. **Um exemplo são os gastos relacionados a**

matéria-prima: se há um aumento no número de exames de Raio-X, há um aumento no número de filmes radiológicos utilizados – se não se utiliza um PACS, por exemplo.

Os custos, sejam eles fixos ou variáveis, ainda podem ser classificados como **diretos ou indiretos** de acordo com a forma de aplicação.

Custos diretos: são os custos que podem ser identificados diretamente no produto ou serviço. Consegue-se identificar a quantidade consumida ao se observar o serviço que está sendo prestado. Um exemplo são os medicamentos utilizados e a quantidade de tempo dos profissionais envolvidos no atendimento do usuário.

Custos indiretos: são os custos que não tem possibilidade de identificação direta com o serviço prestado, como por exemplo, a iluminação de um centro cirúrgico.

Para a gestão de custos de serviços de saúde, a tecnologia pode ser mais que uma aliada. Um programa de gestão de custos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás permitirá monitorar em tempo real esses dados, facilitando o dia a dia do gestor, levando em consideração os diferentes custos mencionados acima.

Os softwares podem apresentar as informações financeiras por setor, paciente ou procedimento. Para cada um desses cálculos, diversos itens são levados em conta, tais como horas de trabalho dos profissionais envolvidos, materiais utilizados, diárias de internação, custo da hora no centro cirúrgico, etc.

A partir desses dados é possível otimizar recursos e melhorar a eficiência de processos. Com as informações corretas em mãos, o gestor poderá definir um planejamento, tomar decisões e buscar soluções para problemas, quando necessário.

Somente com o controle de dados, a partir de softwares robustos que permitam ter um panorama completo da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, é que os gestores poderão tomar decisões eficientes, visando uma gestão eficiente.

Mais que uma tendência do mercado, o uso de tecnologias no controle financeiro é a chave para que as instituições aumentem as possibilidades para obter melhores resultados.

A integração nos sistemas, por sinal, é um dos aspectos mais importante no software de gestão. Mais do que o controle de entradas e saídas de recursos, o software de gestão financeira à ser utilizado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás estará integrado a

outros processos e dados da unidade de saúde, como o registro de pacientes, tempo de espera, procedimentos realizados, estoque, etc.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS DA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS E SUAS FUNÇÕES

O programa de gestão de custos de serviços de saúde na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, atuará de modo a garantir as ações abaixo listadas:

- Auxílio na tomada de decisões: como dito acima, o sistema de custos proporcionará segurança para o gestor decidir;
- Controle de custos: o programa elucidará aos gestores se os custos estão dentro do padrão aceitável e planejado;
- Permitirá a redução de custos e eliminação de desperdícios, uma vez que o gerará demonstrativos, capazes de fazer com que o gestor vislumbre onde ocorrem desperdícios, aprimorando processos e minimizando custos;
- Realizará o planejamento dos serviços interno da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, de forma a contribuir com a definição de orçamentos, custo máximo admissível e custo máximo estimado;
- Avaliará os estoques da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás;
- Fracionamento dos custos: os custos referentes a cada centro de custos da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

MÉTODOS DE CUSTEIOS EXISTENTES

A atribuição de valor a produção de bens e prestação de serviços é feita de diferentes formas e recebe o nome de métodos de custeio, vejamos os mais utilizados nas unidades de saúde:

Custeio por absorção

O Custeio por Absorção, consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Outros critérios de apropriação têm surgido com o tempo, mas no Brasil apenas esse é valido tanto para fins de balanço patrimonial e demonstração de resultados, como também, na maioria dos países, para balanço.

O método citado inclui todos os custos indiretos de fabricação de um certo período nos custos de diferentes atividades, sejam produtos, processos ou serviços. Recorrendo assim, a uma série de rateios por causa dos custos comuns.

Sua principal finalidade é ter os custos totais, diretos e indiretos, de cada objeto de custeio. O custeio por absorção é o mais utilizado, por ser um critério fiscal e legal em praticamente todo o mundo, incorporando os custos fixos e indiretos industriais aos produtos, traduzindo todos esses gastos **em custo unitário** através de procedimentos de rateio e alocação aos diversos produtos e serviços.

No custeio por absorção o custo de uma unidade de determinado produto será formado por materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos fixos e variáveis. Neste caso, a cada unidade do produto é atribuído, além dos custos variáveis uma parte dos custos fixos.

Esse é o método que será adotado na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para implantação da Gestão de Custos da unidade.

As etapas de implantação do sistema de custeio por absorção na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverão, estar alinhadas aos objetivos estratégicos da unidade.

De forma sintética, é possível traçar as ações para implantação do método de custeio na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás do seguinte modo:

- Definições e classificação de itens de custos, critério de rateios e de produção, além da forma de aloca-los aos centros de custos;
- Classificação da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás em centros de custos e a classificação de cada centro quanto às suas funções;
- Coleta de dados que permita a produção das informações de custos;
- Cálculos;
- Geração de relatórios;

Custeio variável

O método do custeio variável fundamenta-se na classificação dos gastos em variáveis e fixos, ou seja, os gastos que oscilam proporcionalmente ao volume de produção, venda e prestação de serviços e os gastos que se mantêm estáveis.

A oscilação dos custos variáveis ocorre de forma proporcional ao volume da produção, porém, o custo variável unitário se mantém constante dentro do intervalo de análise.

O custo fixo, no entanto, não sofre oscilações proporcionais ao volume da produção. Contudo, quando convertido em custo por unidade de produto o valor desses custos torna-se variável. Com base no custeio variável, ou direto como também é chamado, só são alocados aos produtos os custos variáveis. Os custos fixos são considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado.

Consequentemente, para os estoques só vão os custos variáveis. Crepaldi defende o custeio variável com base em três argumentos:

a) A existência dos custos fixos, independe da fabricação ou não de determinado produto. No entanto, os mesmos podem ser encarados como encargos necessários às condições de produção da organização e não como encargos de um produto específico.

b) Os custos fixos sempre são distribuídos aos produtos por meio de critérios de rateio que contêm, em maior ou menor grau, a arbitrariedade. A maioria dos rateios é feita com a utilização de fatores que, não vinculam cada custo a cada produto. Para a avaliação de estoque o rateio é mais ou menos lógico. No entanto, para tomada de decisão, o rateio mais distorce do que ajuda. Isso se deve pelo fato de que a simples modificação de um critério de rateio pode fazer um produto não-rentável passar a ser rentável, o que não é adequado.

c) O valor dos custos fixos a ser distribuído a cada produto depende, além dos critérios de rateio, do volume de produção. Por isso, o custo de um produto pode oscilar em função da variação de quantidade produzida de outro produto.

As análises de custo, volume e lucro estão intimamente relacionadas aos conceitos de margem de contribuição unitária e da razão de contribuição, ou índice de margem de

contribuição. Na realidade, quase todas as aplicações de custos para decisões de curto prazo embasam-se nesses conceitos (BORNIA, 2002 apud VIEIRA, 2004).

Conforme Crepaldi (1999), todos os custos e despesas variáveis, incluindo as despesas de vendas e administração, são deduzidos da receita de vendas, mesmos que as despesas variáveis não façam parte do custo do produto, tendo como resultado, a chamada margem de contribuição, que por sua vez representa o valor que cobrirá os custos e despesas fixas da empresa e proporcionará o lucro.

Custeio baseado em atividades (ABC)

Segundo Martins (2001), o Custeio Baseado em Atividades, conhecido como ABC (Activity Based Cost), é uma metodologia de custeio que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos.

Os sistemas de custeio tradicionais respondem à seguinte pergunta: como a organização pode alocar custos para a geração de relatórios financeiros e controle de custos departamentais?

No entanto, os sistemas ABC abordam um conjunto diversificado de perguntas:

a) Que atividades estão sendo executadas pelos recursos organizacionais?

b) Quanto custa executar atividades organizacionais e processos de negócios?

c) Por que a organização precisa executar atividades e processos de negócios?

d) Quanto de cada atividade é necessário para os produtos, serviços e clientes da organização?

A utilidade do custeio baseado em atividades não se limita ao custeio de produtos, ou seja, esta utilidade vai além. O ABC é, acima de tudo, uma poderosa ferramenta a ser utilizada na gestão de custos.

No entanto, restringe-se a uma limitação do conceito de atividade no contexto de cada departamento, sendo essa uma visão exclusivamente funcional. Kaplan e Cooper (1998), referem-se ao modelo ABC como um mapa econômico das despesas e da lucratividade da organização baseado nas atividades organizacionais.

Este mapa revela o custo existente e projetado de atividades e processos de negócios que, em contrapartida, esclarece o custo e a lucratividade de cada produto, serviço, cliente e unidade operacional. São essas atividades que devem ser observadas pelas organizações de saúde, já que serão consumidoras dos seus recursos financeiros.

CENTRO DE CUSTOS OU DEPARTAMENTALIZAÇÃO

Departamentos são unidades operacionais representadas por um conjunto de homens e/ou máquinas de características semelhantes, desenvolvendo atividades homogêneas de uma mesma área.

Departamento ou Centro de Custos é a unidade mínima administrativa, caracterizada, **por ter uma estrutura de custos homogênea, por estar centrada num único local e por oferecer condições de coleta de dados de custos.**

Os departamentos são divididos em:

• **Departamentos-meio:** correspondem à parte essencial da organização, não trabalhando, porém, na elaboração dos produtos ou dos serviços. Sua função consiste em atender às necessidades dos departamentos de produção ou de outros departamentos de serviços;

• **Departamentos-fim:** elaboram diretamente os produtos transformando fisicamente as unidades em processamento. **Como recebem os benefícios executados pelos departamentos de serviços, os custos desses últimos devem ser também incorporados à produção**. Assim, o custo de produção será a soma dos custos dos departamentos de produção e dos departamentos de serviços.

A dificuldade de apropriação dos custos indiretos aos produtos daqueles centros de custos que não recebem fisicamente o produto, isto é, que prestam serviços a outros departamentos, exige que haja um sistema de rateio entre os centros de custos.

Os custos incorridos originalmente nos departamentos são classificados como custos primários dele e os custos recebidos por rateio de outros departamentos são chamados de secundários.

Mecanismos de Repasse dos Custos dos Departamentos (ou Centros de Custos)

Mais importante que a definição de critérios de rateio **é a decisão quanto à forma de repasse ou aplicação destes rateios entre os centros de custos**. O processo de passagem dos custos dos centros de custos-meio para os centros de custos-fim pode ser feito por diferentes mecanismos que acarretam também diferentes impactos na gestão de custos.

Duas formas podem ser destacadas como mecanismos de repasse dos custos entre os centros de custos: por meio de percentual de atuação ou por identificação dos produtos dos centros de custos.

Repasse por Meio de Percentual de Atuação

O primeiro mecanismo é a passagem dos custos por meio de percentual de atuação. Tomando como exemplo o rateio do Centro de Custos Serviço de Manutenção pelo percentual de atuação do CC, considerando que o percentual financeiro será repassado e considerando a atuação do CC para outros CCs, significa, por exemplo, que 35% dos custos do CC Manutenção seriam passados para a Unidade de Internação, 20% dos custos seriam atribuídos à Farmácia, 15% iriam para o Laboratório, 20% para a Diretoria e os restantes 10% passariam ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Essa forma de repasse não apresenta a riqueza de detalhes necessária para a gestão dos custos. Isso por ser de difícil compreensão e questionamento para os CCs que recebem os valores de rateio.

Repasse por Meio de Produtos Produzidos

O segundo mecanismo ocorre por meio da identificação de produtos fabricados ou serviços prestados pelos centros de custos e, a partir daí, do consumo desses produtos ou serviços pelos demais. No caso do exemplo anterior, identificaríamos os produtos (ou serviços) produzidos pelo CC Manutenção, que poderiam ser, por exemplo, horas de manutenção. O repasse dos custos do CC Manutenção estaria vinculado ao que foi produzido de horas de manutenção para cada CC. Desta forma, ao realizarmos o rateio dos custos do CC Manutenção, estaríamos “entregando a conta” dos valores gastos para a realização da manutenção em cada CC. O Quadro 6 apresenta o exemplo do repasse dos custos. A identificação das horas de serviço que compete a cada CC proporciona uma percepção da transferência do serviço prestado de um CC a outro, propiciando uma gestão de custos mais clara.

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS NA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS

O programa de gestão de custos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás ocorre nos três níveis de planejamento e controle, quais sejam, operacional, tático e estratégico.

Ressaltamos que para que um projeto/programa possa ser internalizado pelos colaboradores de uma organização, ele precisa antes de mais nada se tornar conhecido.

Desde modo, é necessário inicialmente, proceder com a explanação do programa de modo a gerar sensibilização na equipe da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e despertar o interesse pelo sistema, para que os colaboradores busquem conhecer e compreender o mesmo, se envolvendo na ferramenta de gestão.

Todo projeto/programa conta com um cronograma, ainda que meramente estimado, para que se consiga ter êxito na implantação.

Deste modo, estima-se um período de 120 (cento e vinte) dias para a implantação do programa de gestão de custo na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás a partir da assinatura do contrato de gestão do IBGC com a Secretaria de Estado de Saúde, para o gerenciamento e operacionalização da unidade.

Evidente, que tratando-se de uma unidade de saúde, que naturalmente tem seus contratempos, além de estarmos vivendo a sazonalidade de um período pandêmico, esse período poder ser dilatado ou minimizado (intenção primordial desta proponente).

Caso haja necessidade de dilação do prazo, tal prática será devidamente justificada, tendo em vista a definição das metas que serão estabelecidas e observadas para o integral cumprimento do programa.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E OBJETIVOS DA POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

O programa de gestão de custos estará intrinsicamente alinhado aos objetivos do Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, aliás o mesmo será uma ferramenta/instrumento que auxiliará no cumprimento de metas estabelecidas, bem como no desenvolvimento dos objetivos estratégicos, proporcionando minimização de custos e ainda, gerando ainda, no que tange a assistência e administração, eficiência na unidade.

O uso racional, razoável e adequado de recursos financeiros, proporcionarão otimização da gestão orçamentária e financeira (nunca é demais lembrar, tratando-se de recursos financeiros públicos), o planejamento de compras e a melhora no monitoramento do estoque almoxarifado.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E A UTILIZAÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NA POLICLÍNICA

O objetivo do uso das informações que serão colhidas pela ferramenta de gestão de custos tem como objetivo garantir a eficiência, qualidade dos serviços prestados, economicidade e máxima transparência na utilização dos recursos públicos (frutos dos repasses do contrato de gestão), almejando sempre a qualidade da assistência prestada aos usuários da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

APURAÇÃO DOS CENTROS CUSTOS E NA POLICLÍNICA CIDADE DE GOIÁS

Inegavelmente a definição dos centros de custos na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, encontrarão guarida no próprio organograma da instituição, conforme já demonstrado no Regimento Interno, por essa proponente, mas ainda demandará pesquisa de campo e avaliação acurada para que se chegue a uma conclusão final.

Como já visto, a departamentalização ou centros de custos, quando de sua definição, poderá ocorrer a aglutinação de um ou mais setores do organograma, bem como poderá ocorrer a divisão de um único setor, em dois ou mais centros de custo, de modo a uma identificação mais precisa dos custos.

Mesmo após definidos por essa proponente os Centros de Custos, periodicamente, deverão os mesmos ser revistos, e se necessário, sofrerem alterações de modo à se adequarem a realidade da unidade.

CLAOSSIFCAÇÃO CENTROS CUSTOS E NA POLICLÍNICA

É possível proceder com a reunião de centros de custos, à partir das atividades desempenhadas de forma semelhante. Vejamos:

- **Administrativos:** centros de custos relacionados com as atividades administrativas, diretivas, de recursos humanos, de assessoramento, financeiras, contábeis, e outras que possam ser alinhadas às atividades desta classificação;
- **Auxiliares:** são os centros de custos que desempenham funções auxiliares à área finalística da unidade. São área que atuam de maneira complementar à prestação de serviço de saúde propriamente dita, como por exemplo: CME, nutrição, lavanderia, higienização, Tecnologia da Informação, Serviço Social, etc).
- **Produtivos:** centros de custos que desempenham ações finalísticas, ou seja, prestam serviços diretamente aos pacientes, tais como clínica médica, pronto socorro, internação, etc).

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO III

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Os projetos assistenciais, sejam ele de saúde e/ou sociais, são um instrumento para a garantia de direitos e fazem parte de um processo educativo, constituído de uma ação planejada e comprometida com a ética, com a saúde, com o desenvolvimento humano/social, com a valorização da vida.

A concepção de projeto assistencial na saúde é fundamental para a compreensão de sua importância social e o compromisso com seu desenvolvimento.

Tendo em vista o complexo processo saúde-doença e sobretudo tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, sendo, portanto, essencial o combate às situações sanitárias e socioeconômicas do nosso país, e sobretudo do nosso Estado de Goiás, é fundamental pensar a saúde, de modo a envolver toda a comunidade nessa temática.

É nesse cenário que a implantação de projetos assistenciais, surge como um instrumento capaz de promover a reflexão, sensibilização e conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde e uma melhor qualidade de vida, promovendo acesso à informação e gerando envolvimento junto à população local onde está implantando aquele projeto.

Acreditamos que gestão e operacionalização de uma unidade como Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deve ser muito mais que contemplar habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são, se vistas isoladamente, insuficientes para promover modificações substanciais no âmbito da saúde pública.

Não é demais lembrar que dentro os princípios doutrinários elencados para o Sistema Único de Saúde, temos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização política administrativa, participação popular, dentre tantos outros.

Nesse sentido a inserção da comunidade local em atividades extra-hospitalares como projetos assistenciais em saúde e/ou sociais, se apresenta que maior que meramente atender ao pactuado entre essa proponente e a Secretaria de Estado de Saúde, se revela de fato, como uma missão a ser cumprida em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista essa conjectura, abrangemos na presente proposta técnica de trabalho, alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de se obter uma gestão em saúde com atendimento mais humanizado, em observância aos preceitos do SUS, bem como oportunizando o envolvimento não só dos usuários da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, bem como de toda a comunidade local.

PROJETOS PROPOSTOS PARA A POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

1. Projeto Socioambiental – Reciclando Juntos

Introdução

A preocupação ambiental vem sendo difundida por todo o planeta, despertando nas pessoas a necessidade de zelar por um ambiente limpo e saudável. Isso reflete também nas atividades econômicas e no impacto que as empresas potencialmente poluidoras têm exercido sobre o meio ambiente. Nesse sentido foram criadas legislações e normativas para respaldar legalmente quanto à essas questões, fazendo surgir, entre outras, a necessidade de gerenciar os resíduos sólidos produzidos nas suas mais diferentes atividades. Não obstante, as organizações geradoras de resíduos de serviço de saúde também têm procurado se adequar às legislações e à exigência da população para o meio ambiente e refletindo também no aspecto econômico. Como é o caso da Reciclagem de resíduos.

Essa necessidade tem se mostrado benéfica a todas as esferas da sustentabilidade. Pois preserva o meio ambiente, fomenta a inclusão social à quem vive da atividade de reciclagem e representa economia de recursos para a empresa. Recursos esses que não se limitam aos naturais (economia de insumos, água, energia etc.), mas também recursos financeiros.

Aspectos gerais da proposta

No município Cidade de Goiás onde está situada a Policlínica não existe um programa de reciclagem efetivo que atenda todo o município. Apenas alguns bairros são beneficiados em projetos menores locais.

Por isso o programa Reciclando Juntos oferece aos colaboradores a possibilidade de contribuir com o meio ambiente através da reciclagem.

Objetivo Geral

O programa Reciclando Juntos terá o objetivo principal de sensibilizar os colaboradores da Policlínica para as necessidades ambientais atuais no que tange a geração de resíduos, incentivando à diminuição de hábitos de consumo, reutilizar os resíduos dentro das possibilidades, encaminhando os resíduos corretamente para reciclagem.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar colaboradores quanto às necessidades ambientais acerca da reciclagem;
- Capacitar os colaboradores para a correta segregação de resíduos recicláveis;
- Fomentar a educação ambientar para a reutilização de materiais e diminuição de hábitos de consumo;
- Diminuir a quantidade de resíduos destinadas a aterros.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Preservação do Meio Ambiente;
- Melhoria da qualidade ambiental regional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade de reciclar a maior parte dos resíduos gerados, salvo obviamente, os resíduos de serviços de saúde, impedidos de serem reaproveitados. Em seguida serão realizadas ações, gincanas, minicursos sobre técnicas de reutilização de resíduos. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias sobre segregação de resíduos recicláveis e não recicláveis.

Caberá ao colaborador, em suas casas, segregar os resíduos e trazer para a unidade. A Unidade receberá esses resíduos, serão contabilizados e agregados a massa gerada internamente para então serem destinados adequadamente as cooperativas de reciclagem local devidamente licenciadas. Essa iniciativa beneficia o meio ambiente e também contribui para disseminação da educação ambiental.

2. Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica

Introdução

A hipertensão arterial é um grande problema de saúde pública devido sua alta prevalência e complicações cardiovasculares. Portanto, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma prioridade a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa aferição são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe ações educativas como, palestras na comunidade, campanhas de saúde com busca ativa de novos pacientes e adequação das medicações de pacientes com uso irregular, além de conscientização sobre atividade física e aspectos nutricionais.

Objetivo Geral

1. O programa Prevenção de ação para o controle da hipertensão arterial sistêmica terá o objetivo de conscientizar a população sobre os riscos da automedicação bem como de consumo alimentar inadequado, sedentarismo e orientar sobre hábitos saudáveis para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

Objetivos Específicos

- Divulgar e sensibilizar a população sobre riscos de se automedicarem;
- Conscientizar a população sobre os riscos do sedentarismo;
- Conscientizar a população sobre a importância de bons hábitos alimentares;
- Orientações sobre primeiros socorros em caso de quadro de hipertensão exacerbado.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Minimizar agravamento da saúde de hipertensos na comunidade;
- Melhoria da qualidade vida da população local a partir da realização de aulas ao ar livre de atividade física e campanhas de orientação nutricional;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

Metodologia

O programa iniciará com palestras sensibilizadora para a necessidade dos cuidados com a hipertensão. Em seguida serão realizadas ações como aulas ao ar livre de exercícios físicos, campanha nutricional, campanhas para aferição de pressão e orientações gerais. Ao final será oferecido uma cartilha aos participantes onde estarão contidas as informações necessárias para a prevenção de riscos e agravos relacionados a hipertensão.

3. A POLI TV

Introdução

Durante o período de busca por um tratamento na unidade de saúde, encontrar mecanismos de minimizar a sensação de mal estar gerada pela necessidade de estar com algum problema de saúde, ou acompanhando alguém próximo à mesma, se revela fundamental.

Dessa forma a criação e produção da POLI TV, com programação de músicas, mensagem de superação e incentivo, além de apresentar de maneira suave os temas relacionados ao cotidiano da Policlínica é um projeto do IBGC na gestão e operacionalização desta unidade.

Aspectos gerais da proposta

Este projeto propõe criação de vídeos que permitam o adequado entretenimento dos pacientes e seus acompanhantes. Além de entrevistas com pessoas queridas na comunidade local com temas interessantes para a unidade em tela. Almeja-se ainda, a reprodução de narrativas de pacientes plenamente reabilitados (como em casos de hemodiálise, lesão na pele, ortopedia, dentre outros atendimentos da Policlínica), de modo a gerar conforto e esperança de dias melhores, frente às histórias de casos vitoriosos (sempre com autorização dos pacientes).

Objetivo Geral

Levar entretenimento e alegria aos pacientes e seus acompanhantes através de programação semanal produzida pelo IBGC voltada para a Policlínica Cidade de Goiás.

Objetivos Específicos

- Divulgar vídeos de casos exitosos de pacientes recuperados (com autorização do paciente);
- Reprodução de entrevistas com pessoas bem quistas na comunidade local;
- Apresentação de mensagens motivacionais;
- Exibição de músicas e clipes para relaxamento.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de bem estar e conforto aos pacientes e acompanhantes;
- Proporcionar humanização e qualidade no tempo de permanência na Policlínica Cidade de Goiás;

Metodologia

O programa iniciará com a produção dos vídeos, entrevistas, músicas e clipes a serem exibidos na unidade. Para a eficiência na implantação do projeto, deverá buscar-se estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores da Policlínica Cidade de Goiás de modo a permitir a participação e colaboração de todos os colaboradores da unidade. Estimular com as entrevistas, a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

4. ACOMPANHAMENTOS DE PACIENTES PÓS-COVID

INTRODUÇÃO

As várias sequelas neurológicas, cardíacas, pulmonares, renais e metabólicas observadas em pessoas diagnosticadas com Covid-19, o que cientistas estão chamando de Covid longa ou síndrome pós-Covid, devem se tornar um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Isso porque a síndrome caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que podem persistir por mais de três meses após o diagnóstico da Covid-19 leva à necessidade de tratamentos e reabilitação – temporários ou vitalícios.

Uma pesquisa publicada na revista Nature em abril indica que a Covid longa deverá ter um grande impacto no sistema de saúde dos Estados Unidos (EUA) nos próximos anos. O levantamento realizado pela Universidade de Washington, nos EUA, com 87 mil pessoas infectadas pelo novo coronavírus, confirmou que, apesar de ser inicialmente um vírus respiratório, as sequelas do Sars-CoV-2 podem afetar quase todos os sistemas orgânicos do corpo.

Os autores avaliaram 379 diagnósticos de doenças possivelmente relacionadas à Covid-19 nos EUA (veja quadro). Para esses pacientes, foram prescritas 380 classes de medicamentos e realizados 62 tipos de exames laboratoriais. Diante de tal proporção, o coordenador do estudo, Ziyad Al-Aly, escreveu que “não é exagero dizer que as consequências de longo prazo da Covid-19 para a saúde serão a próxima grande crise de saúde dos Estados Unidos”

Região afetada	Sintomas
Sistema respiratório	Tosse persistente, falta de ar e baixos níveis de oxigênio do sangue
Sistema nervoso	Derrame, dores de cabeça, problemas de memória, perda de olfato e paladar
Sistema cardiovascular	Doença coronariana aguda, insuficiência cardíaca e arritmia
Sistema gastrointestinal	Prisão de ventre, diarreia e refluxo ácido
Sistema musculoesquelético	Dores nas articulações e fraqueza muscular
Sistema circulatório	Trombose
Sistema metabólico	Colesterol alto, diabetes e obesidade
Cérebro	Ansiedade, depressão, problemas de sono e abuso de substâncias
Pele	Erupções cutâneas e queda de cabelo
Rins	Insuficiência renal

Fonte: Escola de Medicina da Universidade de Washington

Diante disso, é possível dizer que a crise que estamos vivendo não é somente sanitária, mas afeta diversas dimensões da proteção social brasileira, incluindo o sistema de saúde. **Precisamos reagir a isso, planejar para antecipar o impacto da Covid longa.**

Aspectos gerais da proposta

Sabedores de todos os agravos possíveis pós-covid, essa proponente almeja um acompanhamento à pacientes que procurarem a Policlínica dispostos a participar do projeto, visando assim a minimização de eventuais problemas de saúde e a preservação da saúde.

Objetivo Geral

Padronização do atendimento, por intermédio da equipe multidisciplinar que acompanhará os pacientes no projeto, examinando-se fatores que os predisponham à uma reinternação.

Quando do encontro remoto, paciente-equipe multidisciplinar, serão abordadas, de forma simples e clara, ações quanto ao cuidado e monitoramento de saúde do paciente, de forma a diminuir riscos de descompensação e agravamento de comorbidades, instruindo cada paciente para que seja protagonista no cuidado com sua própria qualidade de vida e saúde.

Objetivos Específicos

- Interações entre o paciente pós-covid e equipe multidisciplinar;
- Proporcionar melhor qualidade da saúde do paciente;
- Evitar descompensação e agravamento de comorbidades;

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de cuidado aos pacientes pós covid;
- Diminuir a reinternação por agravamento de comorbidades pós covid;

Metodologia

O programa iniciará com divulgação no município do projeto, de modo que pacientes pós-hospitalização possam procurar a unidade de saúde e se habilitarem para o projeto.

O acompanhamento será remoto e se dará uma vez por semana durante 90 (noventa dias) em horários previamente estabelecidos entre a equipe multiprofissional e os pacientes.

5. PROJETO HUMANIZAÇÃO NA POLICLÍNICA

Introdução:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estético porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações da Policlínica de Cidade de Goiás.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Aspectos Gerais da Proposta:

O IBGC em sua gestão na Policlínica, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, dessa forma propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência, quanto do trabalho em saúde.

Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Melhoria nas condições de trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as

circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença.

A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente de saúde podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente de saúde é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular.

Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, essa ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

Objetivo Geral

O IBGC tem como objetivo apoiar e estimular as ações na Policlínica Cidade de Goiás, mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade.

Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe.

Ou ainda, levando sua proposta ou ideia até a gestão, para discussão e viabilização da mesma à Diretoria.

A Diretoria está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Objetivos Específicos

- Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos na Policlínica, possibilitando que temática humanização na saúde esteja presente em cada escopo.
- Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política.
- Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Policlínica para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.
- Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC permanentemente na gestão e operacionalização da Policlínica a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho: Levantamento das iniciativas já existentes, promovendo a integração das mesmas e realização de Oficinas e Seminários para traçar o Plano de ação de novas iniciativas.

Buscar-se-á ainda apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

6. PROJETO CANTANDO A ESPERANÇA NA POLI (PACIENTES HEMODIALÍSE):

Introdução:

Entre os benefícios terapêuticos da utilização da música em ambientes de serviços de saúde estão a melhora do humor, da concentração e do raciocínio lógico; aumento da disposição e consequentemente redução da ansiedade, do estresse e da depressão; promoção do alívio de dores de cabeça; aumento da capacidade respiratória; melhora dos distúrbios de comportamento e auxílio em doenças mentais; influência no controle da pressão arterial; ajuda no suporte das dores crônicas e na tolerância a tratamentos.

Aspectos Gerais da Proposta:

A musicoterapia, dada ao trabalho com a música e suas características de inserção na cultura e no cotidiano dos seres, pode ser uma importante aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano aos que passam por estressantes situações de enfrentamento de doenças.

O IBGC em sua gestão na Policlínica Regional Cidade de Goiás, terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente de Saúde, conforme projeto proposto anteriormente.

Deste modo, dando seguimento a esse projeto de humanização na unidade, a musicoterapia se revela como uma aliada em trazer benefícios terapêuticos da música aos pacientes, especificamente os pacientes da hemodiálise que sofrem um desgaste emocional e físico maior) e colaboradores na unidade.

Objetivo Geral

O IBGC, sabe que pacientes geralmente experienciam ansiedade devido a numerosos fatores relacionados a aspectos objetivos e subjetivos decorrentes da doença.

Alguns fatores comumente relatados na literatura incluem os medos da dor, medo das limitações impostas por doença, e pela possibilidade da morte, bem como questões referentes à hospitalização, como por exemplo a não familiaridade com o meio de unidades de saúde e sentimentos de isolamento e de não ter ajuda.

O uso de canções pode contribuir ao oferecer aos pacientes significados existenciais que os auxiliam para fortalecerem-se e, também, como instrumentos importantes para efetivar mudanças internas que o enfrentamento da doença proporciona.

Nesse sentido o Projeto Cantando a Esperança na Poli, mobilizará artistas locais para apresentações musicais na unidade, além de ações com sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade.

Objetivos Específicos

- Possibilitar benefícios terapêuticos aos pacientes a partir da música;
- Contribuir para o alívio do estresse, a melhoria do humor e do ambiente, e a atenção recebida pela presença da música;
- Contribuir para a sensação de bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Metas

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de acolhimento e bem estar;
- Atender aos eixos da Política de Humanização;

Metodologia

Será instituído pelo IBGC na gestão e operacionalização da Policlínica e mobilizará artistas locais para apresentações musicais na unidade, além de ações com sonorização ambiente pela equipe multidisciplinar da unidade, estabelecendo um dia na semana para as ações deste projeto.

Projeto Telemedicina e Telessaúde

PLANO DE ATENÇÃO REMOTA EM SAÚDE À POPULAÇÃO

1 – Justificativa

Em dezembro de 2019 a China comunicou à Organização Mundial de Saúde (OMS) a descoberta de uma epidemia provocada por um patógeno denominado SAR-COVID-19. O rápido avanço da doença em escala mundial forjou mudanças nos paradigmas sociais, econômicos e sobretudo na assistência à saúde.

O Brasil registrou seu primeiro paciente da COVID-19 no dia 25 de fevereiro de 2020 com crescimento exponencial, registrando casos em todos os Estados da federal e no Distrito Federal.

O contágio da COVID-19 se dá por aerossóis e pelo contato com superfícies contaminadas. Desse modo, uma das ferramentas para se tentar conter o avanço desenfreado do coronavírus foi uma modificação na estrutura de assistência em saúde. O atendimento à distância utilizando recursos tecnológicos e equipes treinadas passou a ser uma realidade e um artifício valioso tanto no que tange aos pacientes com suspeição/confirmação de Síndrome Respiratória Aguda (SRA) quanto para outras especialidades para que não houvesse total desassistência. Na China, uma das primeiras medidas, conforme descrito pelo Dr. Bruce Aylward (OMS), foi a transferência de 50% dos atendimentos médicos para a modalidade “on-line”.

Atendimentos à distância sempre foram uma realidade informal na área de saúde, seja de forma sincrônica por telefone (profissional e paciente se comunicando instantaneamente) ou assincrônica (exemplo: por mensagens de áudio ou escritas). A pandemia pelo Coronavírus serviu para aperfeiçoar os métodos de assistência e nessa guerra contra a COVID-19 a Telemedicina/Teleatendimento em Saúde (Telessaúde) talvez seja o maior espólio.

2 - Objetivo

O objetivo do presente plano de trabalho é o de realizar uma ação do IBGC como Organização Social gestora da unidade de saúde: Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás para atuar no atendimento do usuário em diversas especialidades (inicialmente dermatalogia) e utilizando a plataforma para teleconsulta, teleorientação e teleinterconsulta como estratégia para o atendimento.

3 – Metas

3.1 – Telemonitoramento dos pacientes realizado para os profissionais de saúde de nível superior sendo este serviço ativo de segunda-feira a sexta no horário das 07 às 19 horas. Os profissionais que realizarão o atendimento receberão o treinamento específico e monitoramento regular oferecido pelo IBGC e pela empresa contratada (plataforma). O coordenador médico ficará disponível para suporte à equipe que realizará os atendimentos das 07 às 19horas.

3.2 – Realizar Teleconsulta (telemonitoramento referenciado) dos usuários utilizando o mecanismo de webconferência atrelada ao prontuário eletrônico, sendo este serviço ativo de 2ª a 6ª feira no horário das 07 às 19horas.

3.3 – Ofertar serviços de teleducação pela equipe de capacitação e treinamento habilitando e melhorando o atendimento ao usuário.

3.4 – Angariar dados referentes aos pacientes em acompanhamento, bem como, todas as informações pertinentes ao serviço que ora se apresenta, possibilitando as análises de saúde e apontamentos para oferta de qualidade ao usuário.

4 – Características:

Serviço especializado em teleatendimento que disponibilizará uma interface “mobile” e uma web para uso em computadores dos profissionais.

Esse sistema possuirá suporte para atendimento médico e multiprofissional.

O agendamento dos atendimentos será feito via complexo regulador ou interconsulta.

O sistema além de realizar a videoconferência precisa também ser capaz de ser usado em atendimentos presenciais e, em ambas as modalidades de atendimento produzir evidências do atendimento em saúde por meio de relatórios e do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O PEP no sistema estará disponível e acessível em ambas as interfaces: profissional de saúde e usuário para acesso rápido, fácil e de modo a evitar perdas de informações sobre o estado de saúde paciente.

O sistema deverá ser capaz de realizar “uploads” de arquivos para que estes sejam integrados e façam parte do prontuário do usuário e o PEP fique mais completo e de mais fácil acesso.

Deverá ser capaz de permitir ao médico a confecção de documentos inerentes ao atendimento: Atestados, receita simples e especial e pedido de exames. Esses documentos deverão ser disponibilizados na interface do paciente para consulta a qualquer tempo e deverão poder ser reconhecidos com validação pela ANVISA para aquisição junto às farmácias.

Com essas especificações o objetivo é facilitar o acesso da população da Macrorregião ao profissional de saúde mesmo este fisicamente estando distante, com priorização da economicidade, da segurança e da acessibilidade que resulta em melhoria expressiva e disruptiva do sistema de saúde, em inclusão social e aumento de produção.

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO IV

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA AMBULATÓRIO

Da relevância dos Protocolos Clínicos na Gestão por Resultados Assistenciais e Financeiros

Os protocolos de saúde são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas tanto na assistência ao paciente, quanto na gestão dos serviços da unidade de saúde.

As instituições de saúde tanto da rede privada, quanto do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizam protocolos de saúde em suas iniciativas.

A utilização dos protocolos é uma das estratégias fundamentais que impacta não só no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, mas, também, na padronização do processo de trabalho.

Os protocolos de saúde são estratégias fundamentais tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho.

A sua utilização pelos gestores das unidades de saúde é de extrema importância para a obtenção da segurança e qualidade dos serviços oferecidos pela instituição à população.

Sendo assim, podemos dizer que os protocolos de saúde são orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, e, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas.

Por serem direcionados por diretrizes diferenciadas, os protocolos acabam por ser agrupados quanto à natureza, como protocolos clínicos e de organização de serviços

Protocolos clínicos: São instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas.

Protocolos de organização dos serviços: São instrumentos voltados à gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais.

Protocolo de Acesso ao Cuidado Ambulatorial

Elaborado com o objetivo de documentar, formalizar e organizar as atividades ambulatoriais da Unidade de Saúde, os protocolos estabelecerão os critérios de acesso segundo os agravos e as especialidades, oferecidas pela Instituição ao SUS, bem como os exames e documentos necessários para a realização dos atendimentos

Define ainda os critérios de:

- Encaminhamento e retorno dos pacientes aos ambulatórios.
- Alta do tratamento elou acompanhamento necessário da assistência,
- Operacionalização das metas pactuadas no plano operativo da contratualização com o gestor estadual.

Acesso Ambulatorial:

- Encaminhamento de pacientes egressos da Unidade de Saúde e usuários encaminhados pela Central de Regulação Estadual ou outro processo regulador definido pela SES.
- Cuidados Paliativos

Critério de Retorno:

Conforme a necessidade seguindo o protocolo e conforme a urgência de cada caso. Se for necessária a antecipação de consulta o paciente poderá entrar em contato telefônico com o serviço.

Critério de Alta:

Ao término do tratamento com contrarreferência ao serviço de origem.

Administração de Medicação Tópica

Finalidades:

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado;
- Realizar as anotações necessárias;
-Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Presença de rubor e calor local.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiologico 0,9%, avisar o médico.

Administração de Medicação Via Endovenosa

Finalidades:

- Administrar solução de medicação direto na corrente sangüínea.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, medicação à ser administrada, 01 seringa, 01 agulha, 01 protetor de conexão 02 vias, 01 bandeja, 01 bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 “C”;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução à ser administrada;
-Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa a conexão;
- Abrir o Clamp;
- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término.
- Proteger a conexão;
- Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;
- Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;

- Em caso de cateter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;
- Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
-Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
- Contaminação: Repetir o procedimento;
-Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro / médico com urgência.
- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

Administração de Medicação Via Intradérmica

Finalidades:

- Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 1 ml, 01 agulha 13X4,5, medicação a ser administrada, álcool Swab e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;

- Preparar a medicação prescrita;

- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Identificar a área de aplicação;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antissepsia do local, de cima para baixo;

- Introduzir a agulha 15 graus de angulação, com bisel para cima;

- Injetar a medicação, observando a formação de pápula;

- Retirar a agulha com um movimento único;

- Não esfregar o local;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias;

- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Administração incorreta de medicamento: utilizar técnica para administração intradérmica;
- Abcesso, ulceração local, necrose do tecido: avaliar condições do local de aplicação, comunicar médico, administrar medicação prescrita.

Administração de medicação via intramuscular

Finalidades:

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 5 ml, 01 agulha de acordo com o paciente, 01 agulha 40X12, medicação a ser administrada, 01 álcool swab e 01 carrinho de medicação, 01 algodão seco.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente na posição adequada para aplicação;
- Proceder a antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega muscular aprisionando o músculo enter o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;

- Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
- Injetar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;
- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de Soro

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro; 01 par de luvas de procedimentos; 01 álcool Swab; 01 rótulo; 01 conector, se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto,horário do início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antissepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;
- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado

Avaliação:

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

Administração de Soro em Bomba de Infusão

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente;
- Restabelecer o volume líquido do organismo;
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingesta hídrica;
- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro p/ BI; 01 par de luvas de procedimento; 01 álcool Swab; 01 rótulo; bomba de infusão; 01 conector se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;

- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário de início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
-Adaptar o equipo ao frasco de soro;
-Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Colocar o material na bandeja;
- Levar o material e o soro para o leito.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro e bomba de infusão no suporte;
- Dispor equipo na bomba de infusão;
- Calçar luva de procedimento;
- Programar a bomba e infusão conforme prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Realizar a antissepsia da conexão;
- Conectar o equipo do cateter venoso ou conexão;
- Programar a BI conforme prescrição médica;
- Abrir controlador de gotas do equipo;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado.

Avaliação:

- Checar a permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar o volume horário;
- Mensurar os dados vitais;
- Observar infiltração tecidual.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: troca do acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume: comunicar ao médico;
- Alteração nos parâmetros vitais do paciente: mensurar dados vitais, comunicar ao médico alteração;
- Flebite química: trocar acesso venoso, compressa quente no local.

Coleta de sangue arterial

Finalidades:

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.

Material Necessário:

- 01 seringa de 01 ou 03ml, escalpe, heparina, 01 par de luva de procedimento, 01 álcool Swab, 01 agulha hipodérmica descartável e 01 oclusor de punção (fornecido pelo laboratório), 01 pacote de gaze.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Heparinizar a seringa e o escalpe;

- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o leito e o nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);

- Posicionar o paciente e restringí-lo, se necessário;

- Calçar as luvas;

- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);

- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em uma ângulo de 45º;

- Certificar-se que puncionou a artéria;

- Aspirar a quantidade de sangue necessário;

- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;

- Retirar o escalpe da seringa;

- Proteger a seringa com agulha encapada nova;

- Identificar a seringa com etiqueta do paciente;

- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclusor de punção;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Acondicionar a amostra em geladeira;

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Acionar o laboratório para retirar a amostra;

- Proceder às anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;

- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;

- Contaminação: Observar evolução , acionar DCIH; - Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

Coleta de sangue venoso

Finalidades:

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;
- Auxiliar o diagnóstico.

Material Necessário:

- 01 Seringa, 01 escalpe, 01 garrote, recipientes próprios para a coleta, 01 par de luvas, 01 álcool Swab, 01 oclusor de punção (cedido pelo laboratório), gaze seca; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do paciente;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;

- Fazer antissepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

Avaliação:

- Coleta de material de maneira correta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

Controle de glicemia com aparelho

Finalidades:

- Quantificar a glicose sérica do paciente;

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 Lanceta, 01 álcool Swab, 01 unidade de gaze não esterilizada, 01 lanceteador, 01 fita reagente para sangue, aparelho dosador de glicose e 01 bandeja pequena.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);
- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;
- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

Avaliação:

- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

Controle de temperatura

Finalidades:

- Detectar alterações na temperatura corpórea.

Material Necessário:

- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

Pré - Execução:

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
- Zerar o termômetro;
- Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
- Proceder a leitura do termômetro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

Avaliação:

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar tempo de mensuração.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.
- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

Curativo de Ferida Limpa

Finalidades:

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, pacote de curativo, gazes, soro fisiológico 0,9%, 01 saco de lixo, 01 tesoura e 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;
- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;
- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;
- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o paciente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
-Integridade cutânea.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

Punção Venosa

Finalidades:

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, micropore (20cm), 01 tesoura, 01 garrote, 01 cateter venoso periférico, --
01 conexão de 2 vias e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;
- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;
- Calçar as luvas;
- Colocar o garrote;
- Proceder a antissepsia do local à ser puncionado em um único sentido;
- Segurar o membro à ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;
- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;
- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;
- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;
- Limpar o local da punção, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar o posicionamento adequado do cateter;
- Avaliar o calibre adequado de cateter;
- Avaliar permeabilidade da veia;
- Avaliar se há hiperemia, dor e edema;
- Avaliar a fixação adequada.

Risco / Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;
- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

Retirada de Pontos

Finalidades:

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Material Necessário:

- Bandeja, pacote de curativo, gaze esterilizada, soro fisiológico 0,9%, saco de lixo, 01 par de luvas de procedimento e lâmina de bisturí descartável.

Pré - Execução:

-Observar prescrição médica;

- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do paciente;
- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);
- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antissepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturí;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

Avaliação:

- Presença de secreção e deiscência.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;

- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

Protocolo de Utilização Segura de Medicamentos

Introdução

Este documento apresenta a Política de Utilização Segura de Medicamentos inclusive os medicamentos de Alto Risco e tem por objetivo promover a utilização segura destes medicamentos selecionados institucionalmente como de alta vigilância. Através desta política busca-se a redução dos riscos relacionados ao uso incorreto ou erros de medicação com fortalecimento de fluxogramas, procedimentos operacionais e protocolos relacionados à prescrição, dispensação e administração dos medicamentos.

Finalidade

As recomendações devem ser aplicadas em toda a cadeia da utilização de medicamentos no Policlínica , sobretudo os Medicamentos de Alto Risco. Compreende etapas desde a prescrição médica, armazenamento e dispensação pela farmácia, armazenamento na unidade assistencial, administração no paciente e pós-utilização.

Objetivos

Em todo o mundo, os eventos adversos relacionados ao processo de assistência à saúde são frequentes. O estudo To Err is Human: Building a Safer Health System revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente 400 mil eventos adversos evitáveis e 7000 óbitos anuais. Estima-se que os erros de medicação elevem o tempo de internação em 4,6 dias com custo adicional de US$ 4700 por internação. No Brasil não existem disponíveis estatísticas dos agravos relacionados a erros de medicação.

Definição

➢ Erro de Medicação: qualquer acontecimento passivo de prevenção que pode causar dano ao usuário ou que dê lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos. Pode estar relacionado com a prática profissional, procedimentos ou sistemas, incluindo falhas de prescrição, comunicação, rotulagem, embalagem, denominação, preparação, dispensação, distribuição, administração, monitorização e educação.

➢ Erro de Prescrição: erro de decisão ou redação com interferência no significado clínico, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão ao paciente, quando comparado com práticas clínicas estabelecidas. Deve-se considerar contraindicações e alergias, dose, intervalo, forma farmacêutica e via de administração, velocidade de infusão, legibilidade, identificação do paciente e do prescritor.

- Erro de Dispensação: ocorrido durante a dispensação de medicamentos, com discrepância entre a ordem escrita na prescrição, interpretação pelo farmacêuticoe o atendimento ao item solicitado. Compreende discrepâncias na dose/concentração, forma farmacêutica, desvio de qualidade ou prazo de validade expirado, problemas na rotulagem, troca ou ausência de itens, além do descumprimento de normas e legislação.

- Erro de Administração: discrepância entre a terapia medicamentosa recebida pelo paciente e o tratamento planejado. Decorrente de qualquer desvio no preparo e administração dos medicamentos da não observância das recomendações, instruções técnicas ou guias do hospital e do fabricante. Estão relacionados à identificação do paciente e devidas orientações, medicamento, dose, horário, via de administração, compatibilidade, registro e devolução de excedentes.
- Medicamentos de Alto Risco: também chamados de Medicamentos Potencialmente Perigosos ou Medicamentos de Alta Vigilância, são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes emdecorrência de falha no processo de utilização. Os erros com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser as mais graves.

Segurança na Prescrição:

- A prescrição é um documento com valor legal, pelo qual se responsabilizam, perante o paciente e a sociedade, aqueles que prescrevem, dispensame administram os medicamentos.
- O ato de prescrever está sujeito a regulamentações técnicas, legais e éticas a serem seguidas pelos profissionais envolvidos no processo.
- No Brasil, as principais normas referentes à prescrição de medicamentos são a Lei Federal n.º 5991/73; o Decreto n.º 3181/99, que regulamenta a Lei n.º 9787/99;as RDCs da ANVISA 80/2006, 16/2007 e 44/2010; a Portaria SVS/MS 344/98; o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina; e a Resolução n.º 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia.
- A prescrição deve ser clara, legível e apresentada em linguagem compreensível. A prescrição de medicamentos é realizada pelo médico ou dentista utilizando, sistema informatizado da instituição que abrange o Prontuário Eletrônico doPaciente (PEP) e inclui o cadastro de medicamentos padronizados e selecionados na instituição.
- No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o medicamento deve ser obrigatoriamente prescrito pelo nome genérico, adotando-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI).

DENTRE OUTRAS ATRIBUIÇÕES DO PRESCRITOR ESTÃO:

- Não indicar atos desnecessários ou proibidos pela legislação do país e pelos códigos de ética profissional.
- Não receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, nem assinar, em branco, folhas de receituários, laudos, atestados ou outros documentos médicos.
- Utilizar o sistema de prescrição informatizada homologado na instituição. Prescrições manuais poderão ser aceitas pela Farmácia em situações de urgência, e na ocorrência de falha/indisponibilidade do uso do sistema de prescrição

informatizada.

- Usar receituário específico para a prescrição de fármacos, inclusive os que se encontram sob o controle da autoridade reguladora.
- Não empregar prescrições verbais. Estas poderão ser excepcionalmente aceitas em situações de urgência, com a presença do prescritor no local do atendimento, devendo a prescrição verbal ser devidamente formalizada por escrito logo que possível.
- Ao prescrever, dar preferência aos medicamentos padronizados para uso no HUANA. Para tanto, deve-se conhecer a lista de medicamentos selecionados na instituição.
- O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

COMPONENTES DA PRESCRIÇÃO:

- **Identificação do paciente:** nome completo e número do prontuário.
- **Nome, forma farmacêutica e concentração do fármaco prescrito:** sempre prescrever pela DCB, conforme norma para o SUS.
- **Esquema de administração:** incluindo via / método de administração, intervalo de doses, critérios para início ou suspensão.
- **Cuidados na administração:** por exemplo, “com alimentos” ou “longe das refeições”, “manter o paciente sentado por 30 minutos após ingestão”, “após hemodiálise” etc.

- **Identificação do prescritor:** nome completo, assinatura de próprio punho e carimbo do prescritor, onde deve constar o número de registro no conselho profissional.
- **Data:** Contemplando o dia o mês e o ano.
- **Prescrições para uso em esquema de uso “se necessário” (SOS)** são, deforma geral, desaconselhadas, especialmente em unidades de cuidado não intensivo. Isto porque, além de não ser possível prever com certeza o tipo, a gravidade e a causa do sintoma a ser tratado, transfere para outro profissional o julgamento sobre a real necessidade do uso do medicamento.

Tal conduta pode retardar o diagnóstico, prejudicar a avaliação de gravidade da doença debase, gerar uso indevido e aumentar o risco de erros de medicação.

Com vistas a aumentar a efetividade do uso de medicamentos em esquema SOS, são recomendadas algumas medidas, entre elas as seguintes:

Explicitar parâmetros objetivos para administração e suspensão do medicamento, bem como a delimitação de intervalos mínimos de administração e de doses diárias máximas.

Avaliar diariamente o uso nas últimas 24 horas de medicamentos sintomáticos, verificando a adequação e necessidade de ajustes do esquema terapêutico de base.

Medicamentos para administração via sonda (nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia, jejunostomia) devem ser verificados quanto a possibilidade da sua trituração e diluição quando formas farmacêuticas líquidas não estiverem disponíveis. Consultar Manual para Administração de Medicamentos via Sonda.

Segurança na Dispensação:

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A estratégia logística empregada na disponibilização do medicamento ao usuário final está diretamente relacionada à incidência dos erros de medicação. O sistema de distribuição de medicamentos adotado no POLICLÍNICA é misto, caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado conforme descrito abaixo:

Sistema Individualizado: caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, para um período de 24 horas de tratamento. É utilizado nasunidades de internação para fornecimento de formas farmacêuticas injetáveis e sólidos orais.

Sistema coletivo: é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades. Utilizados geralmente parafrascos de soluções orais ou soluções para inalação, que não apresentem contaminação para usoem mais de um paciente.

Torna-se fundamental a utilização de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurara rastreabilidade do lote e validade dos medicamentos e produtos para saúde

Atribuições do Farmacêutico e da divisão de Farmácia

Assegurar que toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficientesistema de controle de estoque, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos

medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis.

- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação. Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito.
- Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS4283/2010), observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, antes do início da dispensação.
- O auxiliar de farmácia não deve separar simultaneamente prescriçõesdiferentes;
- O auxiliar de farmácia deverá realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição.
- A confecção dos kits com medicamentos deve conter os medicamentossuficientes para 24 horas, organizando os medicamentos por horário previsto para administração, segundo o aprazamento da prescrição.

Segurança na Administração:

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos:

1. Paciente certo, conforme Política de Identificação do Paciente;
2. Medicamento certo;
3. Forma certa;
4. Via certa;
5. Hora certa;
6. Dose certa;
7. Registro certo;
8. Ação certa;
9. Resposta certa.

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui- lospode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

SÃO ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS:

- Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapiamedicamentosa.
- Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.
- Registrar, conforme protocolo da Policlínica, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento, evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.
- O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Seguir o protocolos institucionais e POPs relacionados ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.
- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos, discutindo-as com equipe multiprofissional (médico, farmacêutico, nutricionista).
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem, sobretudo dos kits de medicação enviados pela farmácia.
- Verificar a presença de todos os medicamentos programados para o horário da administração antes de violar o kit. Não romper lacre em horário diferente do determinado.
- Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadase idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.
- Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência deRiscos.

Tratamento

Medicamentos potencialmente perigosos são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais rotineiros, porém as consequências tendem a ser devastadoras para os pacientes, podendo levar a lesões permanentes ou a morte.

O Policlínica instituirá como medicamentos de alto risco os seguintes itens, mais detalhadamente descritos no guia Medicamentos de Alto Risco, onde constam as doses máximas destes medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, viade administração), a indicação e a dose usual.

- Fentanila 50 mcg/mL amp 2 mL
- Fentanila 50 mcg/mL f/a 10 mL
- Amiodarona sol inj 50 mg/mL amp 3 mL
- Cloreto de Potássio sol inj 10% amp 10 mL
- Cloreto de Sódio sol inj 20% amp 10 mL
- Dobutamina sol inj 12,5 mg/mL amp 20 mL
- Dopamina sol inj 5 mg/mL amp 10 mL
- Enoxaparina seringa 20 mg
- Enoxaparina seringa 40 mg
- Enoxaparina seringa 60 mg
- Gliconato de Cálcio sol inj 10% amp 10 mL
- Glicose Hipertônica sol inj 50% amp 10 mL
- Heparina sol inj 5000 UI/0,25 mL amp 0,25 mL
- Heparina sol inj 5000 UI/mL f/a 5 Ml
- Insulina NPH sol inj 100 UI/mL f/a 10 mL
- Insulina Regular sol inj 100 UI/mL f/a 10 mL
- Lidocaína sol inj 2% f/a 20 mL
- Lidocaína + Epinefrina sol inj 2%+1:1.200000 UI f/a 20 mL
- Norepinefrina sol inj 2 mg/mL amp 4 mL
- Sulfato de Magnésio sol inj 50% amp 10 mL
- Suxametônio pó p/ sol inj 500 mg
- Varfarina comp 2,5 mg
- Varfarina comp 5 mg

Afim de evitar a utilização incorreta e eventuais agravos envolvendo Medicamentos de Alto Risco, foram implantadas as seguintes rotinas a nível institucional, buscando envolver todo o ciclo de utilização dos medicamentos.

1. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos de alto risco, especialmente insulina e eletrólitos concentrados, são limitados na instituição, prevenindo erros de prescrição.
2. Na prescrição médica, tanto na tela do MVPEP quanto após impressão, constam automaticamente a inscrição “Medicamento de Alto Risco” no campo de observação.
3. Os medicamentos de alta vigilância são identificados diferenciadamente pela farmácia: estes são rotulados com etiqueta adicional na cor vermelha, bem como seus locais de armazenamento.

4. A dispensação dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e dos medicamentos de alto risco ocorre separadamente aos demais. São confeccionados kits exclusivos para estes medicamentos e sua posse na enfermaria é deresponsabilidade do enfermeiro.

5. Os kits contendo medicamentos de alto risco e psicotrópicos armazenados na unidade assistencial ficam em local de acesso restrito, com chave sob posse do enfermeiro.

6. Retirou-se das enfermarias e ambulatórios soluções concentradas de eletrólitos, em especial Cloreto de Potássio injetável.

7. Os técnicos de enfermagem solicitarão medicamentos de alto risco junto aos enfermeiros apenas no horário previsto para utilização. A administração das doses destes medicamentos são conferidas com dupla checagem.

Procedimentos Médicos:

Procedimentos Médicos: Ambulatório

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender o paciente verificando hipótese diagnostica e procedendo a investigaçãopertinente.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico;
- Realizar o exame físico do paciente;
- Estabelecer a suspeita diagnóstica;
- Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnostica;
- Programar consulta subsequente, se for o caso;
- Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Registrar os exames solicitados no prontuário;
- Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentesrealizados;
- Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.

PROCEDIMENTO: Consulta Subsequente em Ambulatório

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico

- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente;
- Encaminhar, se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento dedoenças associadas, fornecendo relatório médico;
- Programar o retorno para acompanhamento, se for o caso.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente;
- Prescrever sempre que possível, medicamentos genéricos.

Procedimentos Médicos: Cardiologia

PROCEDIMENTO: Prevenção da Aterosclerose - Dislipidemia

RESPONSÁVEL: Médico Cardiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Levantamento bibliográfico no MEDLINE e INDEX MEDICUS Latino Americano. Consulta às Diretrizes europeias do ano de 1998 e Americanas de 2001.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Definir e recomendar os principais procedimentos utilizados na prevenção daaterosclerose.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL-colesterol (LDL-C) em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana1-5(A)6(D).

CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL 6(D):

- Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total-CT e ou LDL-C);
- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG);
- Hiperlipidemia Mista (aumento do CT e dos TG);
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

• Os valores de referência para o diagnóstico das dislipidemias em adultos > 20 anos encontram-se na tabela I7(D):

Tabela I

Lipides	Valores	Categoria
CT	<200	Ótimo
	200-239	Limítrofe
	≥240	Alto
LDL-C	<100	Ótimo
	100-129	Desejável
	130-159	Limítrofe
	160-189	Alto
	≥190	Muito alto
HDL-C	<40	Baixo
	>60	Alto
TG	<150	Ótimo
	150-200	Limítrofe
	200-499	Alto
	≥500	Muito alto

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA 6(D):

Dislipidemias Primárias

Origem genética: hipercolesterolemia familiar (HF), dislipidemia familiar combinada (DFC), hipercolesterolemia poligênica, hipertrigliceridemia familiar e síndrome da quilomicronemia.

Dislipidemias Secundárias

Causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes.O tratamento dessas dislipidemias consiste em controlar a doença de base.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL DAS DISLIPIDEMIAS

O perfil lipídico é definido pelas determinações do CT, HDL-C, TG e, quando possível, do LDL-C* após jejum de 12 horas. * Fórmula de Friedewald: LDL-C = CT – HDL-C – TG/5 (válida se TG < 400 mg/dL).

VARIAÇÕES NAS DOSAGENS DOS LÍPIDES

As variações podem ser analíticas8(D), quando relacionadas à metodologia e procedimentos utilizados pelos laboratórios, e pré-analíticas, quando relacionadas a fatores intrínsecos do indivíduo, estilo de vida, uso de medicações, doenças associadas, jejum, exercícios e procedimentos de coleta e preparo da amostra.

Deve-se levar em conta a variabilidade biológica para o CT, HDL-C (5%) e LDL-C (em tornode 10%) e para os TG (25%) 6(D). Na presença de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidentevascular cerebral (AVC), o perfil lipídico deve ser obtido nas primeiras 24 horas, pois além desteperíodo seu valor poderá estar reduzido. Doenças infecciosas e cirurgias também podematenuar os valores lipídicos.

Medicamentos não devem ser suspensos, mas o álcool deve ser evitado nas 72 horas prévias.

NOVOS MARCADORES LABORATORIAIS DO RISCO CARDIOVASCULAR Lipoproteína (a)

Esta lipoproteína tem sido associada a um risco maior de doença aterosclerótica9(B). Todavia, devido a problemas metodológicos, não há indicação de sua determinaçãorotineira10(C).

Homocisteína (HCY)

Elevações da HCY têm sido associadas à aterosclerose11(B). Não há provas até o momentode que a diminuição da HCY reduza o risco de eventos ateroscleróticos, logo não deve ser determinada rotineiramente.

Fatores hemostáticos:

O fibrinogênio tem sido associado ao risco cardiovascular12(B). Todavia, devido a sua alta variabilidade biológica à problemas metodológicos, não se recomenda sua determinação rotineira13(B).

Proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-as)

A PCR-as é um sensível marcador do processo inflamatório em indivíduos sadios e tem uma estabilidade comparável ao CT. Todavia, sua determinação para estimativa do risco cardiovascular não se aplica para fumantes, portadores de osteoartrose, obesos, diabéticos, mulheres em terapia de reposição hormonal (TRH), uso de antiinflamatórios ou na presença deinfecções. A PCR-as tem sido consistentemente associada ao risco, cardiovascular14(B) e sua determinação parece ser de utilidade na estratificação do risco de eventos coronários14(B)15(D). São considerados de alto risco indivíduos com valores acima do terceiro quintil de distribuição na população15(D). Nesses indivíduos deve ser considerada mudança agressiva do estilo de vida e controle dos fatores de risco presentes(D).

Tabela II[15](D)

QUINTIL	PCR-as
1.	0,1 - 0,7 mg/L
2.	0,7 - 1,1 mg/L
3.	1,2 - 1,9 mg/L
4.	2,0 - 3,8 mg/L
5.	3,9 - 15,0 mg/L

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DE METAS LIPÍDICAS DE T RATAMENTO PARA A ATEROSCLEROSE

O risco doença aterosclerótica é avaliado baseando-se na análise conjunta dos fatores derisco (FR) ou agentes causais para essa doença16(D). A estratificação é feita pelo risco absoluto,ou seja, risco que tem uma pessoa de desenvolver um determinado evento clínico num períodode tempo.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

O LDL-C é considerado fator causal e independente de aterosclerose e sobre o qual devemos agir para diminuir a morbimortalidade1- 5,18(A)7,17(D)9(B). O poder preditor de riscoe a meta lipídica adotada para prevenção irão variar dependendo da associação com outros FR. Os principais FR para a aterosclerose7(D) encontram-se na tabela I. A diretriz recomenda para todos os níveis de risco modificações no estilo de vida (MEV). A instituição do tratamento farmacológico dependerá do nível de risco, dos níveis do LDL-C, e da eficácia ou não das MEV em modificar os FR.

Os níveis de prevenção são divididos em: prevenção primária, primária de alto risco (riscoabsoluto de eventos coronários ≥ 20% em dez anos) e secundária (diabéticos e portadores de aterosclerose).

Tabela III

Fatores de Risco para Aterosclerose que modificam as metas de LDL-C[7](D):
Fumo
Hipertensão arterial sistêmica (PA ≥ 140/90 mmHg)
HDL-C* < 40 mg/Dl
Diabetes mellitus (diabéticos são considerados como portadores de aterosclerose)
Idade (≥ 45 anos homens e ≥ 55 anos mulheres)
História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau < 55 anos homens e < 65 anos mulheres)
*HDL-C > 60 mg/dL são considerados um fator protetor devendo ser descontado um fator de risco da soma

AS RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS SÃO AS SEGUINTES:

Baixo risco:

Risco absoluto de eventos < que 10% em dez anos7(D). Geralmente são indivíduos com 1FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 md/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL-C < 130 mg/dL 4,5(A)7(D), entretanto, tolerase LDL-C até160 mg/dL.

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL (tabelaIV)(D).

Médio risco:

Risco de evento > 10%, porém menor do que 20% em 10 anos7(D).

Geralmente indivíduos com 2 FR (excecutando DM) além do colesterol (LDLC > 160mg/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL < 130 mg/Dl4,5(A)7(D) (Tabela V)

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL. (D).

Tabela IV

Nivel de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 159	MEV	6 meses*
160 -190	MEV	3 meses*
> 190	tratamento farmacológico	

*- O tratamento farmacológico (TF) nessa faixa de risco é opcional e deverá ser iniciado acritério do médico, dependendo da intensidade dos FR: tabagismo importante (> 40 cigarros dia), história familiar importante, HDL-C muito baixo.

Tabela V

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 160	MEV	3 meses
> 160	tratamento farmacológico	

Tabela VI

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
100 - 129#	MEV	3 meses
> 130	tratamento farmacológico	

#- Nesses casos, não é obrigatório o início da TF imediatamente já nesses níveis. Se após3 meses as metas não forem atingidas, recomenda-se iníciar a TF.

Alto risco:

Risco de evento maior ou igual a 20% em 10 anos ou acima de 20% extrapolando-se aidade para os 60 anosNR1* de vida7,19(D) (Tabela VI).

Geralmente > de 2 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 mg/dL), principalmente homens com idade acima dos 55 anos e outros FR associados20(A). Nessa categoria também se incluem diabéticos21(B) e portadores de doença aterosclerótica coronária ou não (aneurisma de aorta, insuficiência vascular periférica ou doença cerebrovascular sintomática) 7(D). Portadores de síndromes genéticas como a HF e DFC também se encontram nesse grupo. O cálculo do risco absoluto de eventos poderá ser feito pelo uso do escore de riscode Framingham(ERF)22(B) que avalia o risco de eventos coronários em 10 anos. O ERF dá uma ideia do risco de eventos coronários em diabéticos, entretanto, não é recomendado para se estabelecer a meta lipídica, já que a mesma nesses indivíduos é LDL-C < 100 mg/dL. Da mesma forma, o ERF não é indicado para os indivíduos portadores de manifestações clínicas da aterosclerose ou dislipidemias de origem genética.

Tabela VII

Passo 1

Idade	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Passo 2

Colesterol Total	Homens	Mulheres
< 160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥280	3	3

Passo 3

HDL-C	Homens	Mulheres
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥ 60	-1	-3

Passo 4

PAS	PAD	Homens	Mulheres
< 120	< 80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥160	≥100	3	3

Quando os valores da PAS e PAD discordarem usar o mais alto.

Passos 5 e 6

Diabetes	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0
Fumo		
Sim	2	2
Não	0	0

Passo 7: some os pontos

Idade + CT + HDL-C + PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos

Prevenção Primária de Alto Risco e Prevenção Secundária Meta: LDL < 100mg/Dl2,5(A)7(D).

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL (HDL-C > 45 mg/dL em Diabéticos) e TG< 150 mg/dL (D).

USO DE ESCORES DE RISCO DE FRAMINGHAM COMO FERRAMENTA

DE AUXÍLIO NA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE EVENTOS CLÍNICOS CORONÁRIOS

Para uma melhor identificação do risco absoluto de eventos clínicos foi adotado o ERF como guia de avaliação 22,23(B). O ERF calcula o risco absoluto de eventos coronários (morte, IAM e angina pectoris) em 10 anos (tabela VII). São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), CT, HDL-C, fumo (qualquer cigarro no último mês) e presença ou não de DM. Após o cálculo dos pontos deve-se consultar a tabela VIII para ambos os sexos.

Tabela VIII

Passo 8: veja o risco absoluto nas tabelas			
Homens Pontos	Homens Risco de DAC em 10 anos %	Mulheres Pontos	Mulheres Risco de DAC em 10 anos %
<-1	2	≤-2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	16	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	12	13
≥14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	24
		17	≥27

Tabela IX

	Risco de complicações metabólicas [24](B)	
Sexo	Aumentado	Muito aumentado
Homem	> 94 cm	> 102 cm
Mulher	> 80 cm	> 88 cm

Medida da cintura, e risco aumentado" e muito aumentado" para complicações metabólicas associadas à obesidade em caucasianos*

EXCESSO DE PESO, OBESIDADE E SÍNDROME PLURIMETABÓLICA

O excesso de peso (índice de massa corpórea –IMC> 25 kg/m2), principalmente acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central ou androgênico, está associado a um maior risco de doença aterosclerótica16(D). Geralmente, esses indivíduos apresentam: dislipidemia (TG elevado, HDL-C baixo, padrão tipo B da LDL), resistência à insulina e hipertensão arterial o que caracteriza a síndrome plurimetabólica. Portadores dessa síndrome apresentam risco elevado de aterosclerose7(D). A medida da circunferência da cintura nos permite identificar portadores de obesidade androgênica (tabela IX). A

cintura é uma medida que se apresenta como um marcador de risco para alterações metabólicas independente do índice de massa

corpórea3(A)12(B). Nesses indivíduos enfatizamos que a MEV que leve à perda de peso é deextrema importância.

MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA (MEV)NUTRIÇÃO

A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias.

Hipercolesterolemia

Foi adotada a recomendação da Associação Americana do Coração25(D) (Tabela X)".

Colesterol Alimentar e Ácidos Graxos:

O consumo do colesterol e dos ácidos graxos saturados (AGS) aumenta o LDL-C26(B). Parareduzir a ingestão de colesterol e AGS, deve-se restringir o consumo de alimentos de origem animal (colesterol e AGS) e de óleos de dendê e coco (AGS)27(D).

Os ácidos graxos (AG) insaturados (AGI)25(D) são representados pelas séries ômega-6 (linoléico e araquidônico), ômega-9 (oléico) e ômega-3 (alinolênico, eicosapentaenóico-EPA e docosahexaenóico-DHA). Os ômega 6 são encontrados nos óleos vegetais, exceto os de coco, cacau e dendê. A substituição isocalórica dos AGS por AGI reduz o LDL-C e o HDL-C. Os AG monoinsaturados (ácido oléico) reduzem o LDL-C, sem, no entanto, diminuir o HDL-C. Suas principais fontes são os óleos de oliva e canola, azeitonas, abacate e oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas). O ômega-3 28(D) (EPA e DHA) é encontrado em peixes de águas frias. O ácidoalinolênico encontra-se nos tecidos verdes das plantas, óleo de soja e de canola. O ômega-3 tem como efeito farmacológico a diminuição da trigliceridemia plasmática25(D), entretanto, se consumirmos essas gorduras no lugar dos AGS, o colesterol do sangue irá baixar. Fontes de ômega-3: cavala, sardinha, salmão (EPA e DHA) e óleos de soja e canola (ácido linolênico).

Tabela X [25](D)

Recomendações dietéticas para o tratamento das hipercolesterolemias:

Nutrientes	Ingestão recomendada
Gordura total	25 a 35% das calorias totais
Ácidos Graxos Saturados	< 7% das calorias totais
Ácidos Graxos Polinsaturados	> 10% das calorias totais
Ácidos Graxos Monoinsaturados	> 20% das calorias totais
Carboidratos	50 a 60% das calorias totais
Proteínas	Aproximadamente 15% das calorias totais
Colesterol	<200 mg/dia
Fibras	20 a 30 g/d
Calorias	Para atingir e manter o peso desejável

Ácidos graxos trans

Os ácidos graxos trans são sintetizados durante o processo de hidrogenação dos óleos vegetais na produção de margarinas29(B) e elevam o LDL-C e reduzem o HDL-C. As principais fontes são: margarinas duras, óleos e gorduras hidrogenadas e gorduras industriais que devemser evitadas.

Fibras:

As fibras solúveis ajudam na eliminação do colesterol. A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo em torno de 25% (6g) de fibra solúvel25(D).

Fitosteróis

Os fitosteróis são esteróides vegetais. A ingestão de 3 – 4 g/dia de fitosteróis promove a redução do LDL-C em 10-15% e é opção para o tratamento da hipercolesterolemia25(D).

Antioxidantes e álcool:

Não há evidência de que a suplementação com antioxidantes previna a doença coronária30(D). Não há indicação para o consumo de álcool para a prevenção da aterosclerose25(D).

Dieta para a Hipertrigliceridemia:

Pacientes com níveis muito elevados de TG e que apresentem quilomicronemia, devem reduzir a ingestão de gordura total da dieta25(D). Na hipertrigliceridemia secundária à obesidade ou diabetes, recomenda-se, respectivamente, dieta hipocalórica, restrição de carboidratos e compensação do diabetes. Recomenda-se restrição total do consumo de álcool.

EXERCÍCIO FÍSICO

O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose31(B). O exercício previne a doença aterosclerótica32(A). Tanto a implementação de exercícios de alta como de baixa intensidade, realizados em faixas de 85 a 90% e em torno de 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir os triglicérides e aumentar o HDL-C. Além disso, há melhora da condição cardiorrespiratória melhora da composição corporal, redução da obesidade, do estresse, do nível de catecolaminas e também do efeito benéfico na pressão arterial33(D). Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões deem média 40 min, de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve ficar na faixade 60 a 80% da frequência cardíaca máxima, observada em teste ergométrico, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente.

TABAGISMO

O tabagismo deve ser combatido de forma agressiva. O tratamento do tabagismo passa por duas etapas: abordagem cognitivo comportamental e farmacoterapia com nicotina ou bupropiona, segundo o consenso sobre a abordagem e tratamento do fumante promovido peloMinistério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer em 2001, que pode ser visitado no endereço da internet www.saúde.gov.br (D).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DISLIPIDEMIAS

VASTATINAS OU ESTATINAS OU INIBIDORES DA HMG-COA REDUTASE

São os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-C em adultos (18-55% em média). Elevam também o HDL-C de 5-15% e reduzem os TG de 7-30%. As vastatinas diminuem eventosisquêmicos coronários, necessidade de revascularização do miocárdio, mortalidade cardíaca e total e AVC (nos estudos de prevenção secundária)1-5,34(A). Consideramos que o benefício do uso das vastatinas é decorrente de um efeito de classe secundário à redução do LDL-C, emboraalguns mecanismos possam diferenciar os diversos fármacos35(D). Dessa maneira, para o tratamento adequado devem ser atingidas as metas de LDL-C propostas utilizando-se as doses necessárias (Lovastatina 20-80 mg, Sinvastatina 10-80 mg, Pravastatina 2040mg, Fluvastatina 10-80 mg, Atorvastatina 10-80 mg). Uma vez estabelecido o tratamento, este deverá ser seguidopor tempo indeterminado. As vastatinas devem ser suspensas caso haja aumento das aminotransferases > 3 vezes os valores normais, ou se há dor muscular ou aumento da creatinoquinase > 10 vezes o valor normal.

COLESTIRAMINA

A colestiramina nas doses 16-24 g/dia reduz o LDL-C (15-30%) e o risco de eventos coronários7(D)36(A). É fármaco de escolha em crianças e como adjuvante às vastatinas. Não deve ser usada na hipertrigliceridemia.

FIBRATOS

São indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando houver falha das MEV37(D) ou quando esta for muito elevada (>500mg/dL). As alterações lipídicas com as doseshabituais de fibratos (Genfibrosila 600-1200 mg, Bezafibrato 400-600 mg/dia, Etofibrato 500 mg/dia, Fenofibrato 200

(micronisado)-250 mg/dia, Ciprofibrato 100 mg/dia),

em média são: redução dos TG 30-60%, aumento do HDL-C 10-30% e diminuição do LDL-C 5-20%. No estudo VA-HIT38(A), a Genfibrosila diminuiu em 22% o risco de eventos coronáriosem homens com LDL-C < 140 mg/dL (média 111 mg/dL), HDL-C < 40 (média 32 mg/dL) e TG < 300 mg/dL (média 160 mg/dL). Nesse estudo, mais de 70% dos indivíduos apresentavamresistência à insulina e 25% eram diabéticos tipo II. Os efeitos foram atribuídos ao aumento do HDL-C. Dessa forma, os fibratos podem ser úteis na prevenção secundária em indivíduos com ascaracterísticas descritas.

ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico diminui o LDL-C de 5%-25%, aumenta o HDL-C 10-35% e diminui os TG20%-50%7(D). Na forma tradicional, utiliza-se a dose de 2 a 6 g/dia ajustadas conforme o efeitoou a tolerância. A limitação ao uso do ácido nicotínico são frequentes efeitos colaterais que sãorubor facial, hiperglicemia, hiperuricemia e alterações do trânsito intestinal. Deve ser utilizado com cuidado em diabéticos. No estudo de prevenção secundária Coronary Drug Project", houvediminuição de 27% de redução nos eventos coronários39(A).

ÔMEGA 3

O ômega-3 reduz os TG. A dose mínima recomendada é de 4 gramas/dia. O estudo GISSI demonstrou que a suplementação de 1g/dia de ômega-3 reduziu em 10% os eventos cardiovasculares em portadores de doença arterial coronária40(A).

FÁRMACOS ADJUVANTES PARA A PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE CLÍNICA

São medicamentos que diminuem a morbimortalidade de indivíduos de alto risco e que devem ser prescritos na ausência de contra indicações.

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

O AAS nas doses acima de 100 mg/dia deve ser prescrito para indivíduos que se encontrem sob alto risco de eventos cardiovasculares. Indivíduos hipertensos devem ter a pressão controlada41-43(A).

INIBIDORES DA ENZIMA DE CONVERSÃO (IECA)

Os IECA devem ser prescritos para indivíduos em prevenção secundária, principalmente os que apresentem disfunção ventricular esquerda ou para diabéticos que apresentem algum outro FR associado ou nefropatia44-45(A).

BETABLOQUEADORES (BB)

Os BB devem ser prescritos para indivíduos que sofreram IAM, principalmente os que apresentam disfunção ventricular46(A).

DISLIPIDEMIAS EM GRUPOS ESPECIAIS

DOENÇA RENAL

A dislipidemia no nefropata aumenta a prevalência de doenças cardiovasculares e favorece a evolução para insuficiência renal terminal47(B). As vastatinas são as drogas de escolha, reduzir o LDL-C. Fibratos são recomendados para o controle da hipertrigliceridemia, mas suas doses precisam ser ajustadas para o nível de função renal, pois podem determinar miosite e rabdomiólise.

SIDA E INIBIDORES DE PROTEASE

Pacientes com SIDA apresentam aumento nos TG e redução do HDL-C48(D). A dislipidemia é agravada pelos inibidores de protease (IP). Os fibratos e o ômega-3 podem ser utilizados nestes pacientes. As vastatinas podem modificar os níveis séricos e eficácia dos IP por compartilharem os mesmos sítios de metabolização hepática.

SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS (SIA)

O perfil lipídico deverá ser determinado em todos os portadores de SIA, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o evento. Após esse período, o LDL-C diminui. As vastatinas estão indicadas para os indivíduos no IAM ou angina instável se o LDL-C ≥ 130 mg/dL 34(A)49-50(B). Para os com LDL-C 100-129 mg/dL o uso fica a critério do médico e se LDL-C <100 mg/dL não há indicação nesse momento. O LDL-C deverá ser reavaliado 2 meses após o evento agudo e seguidas as recomendações do item III (D).

IDOSOS (> 70 ANOS)

Nessa faixa etária, deve ser dada especial atenção ao afastamento de causas secundárias de dislipidemias, principalmente hipotireoidismo, diabetes melito e IRC. Os estudos de prevenção secundária com vastatinas mostram alta eficácia nessa faixa etária51(D). Na prevenção primária, os dados disponíveis são ainda limitados, com benefício sugerido no estudo AFCAPS/TexCAPS

5(A).

MULHERES NO PERÍODO CLIMATÉRICO PÓS-MENOPAUSAL

Prevenção primária

A TRH melhora o perfil lipídico das mulheres após a menopausa e a maioria dos estudos observacionais revela que esta promove redução da morbimortalidade por doença cardiovascular52(D). Entretanto, resultados de estudos prospectivos e controlados ainda não estão disponíveis. Não há indicação no momento da TRH para se prevenir a aterosclerose. A utilização de vastatinas é eficaz em mulheres com HDL-C baixo7(D).

Prevenção secundária

Apesar da evidência de estudos observacionais52(D), não há evidência de estudos prospectivos controlados de que a TRH traga benefício na prevenção secundária da aterosclerose, logo não está recomendada53-54(A). As vastatinas diminuem a morbimortalidade em mulheres portadoras de aterosclerose1-3(A).

GESTAÇÃO

Mulheres dislipidêmicas em idade fértil e sem contracepção adequada devem seguir orientação dietética e, se necessário, utilizar a colestiramina. Os fibratos devem ser considerados em casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG > 1000 mg/dL)7(D).

MULHERES 20-45 ANOS E HOMENS 20-35 ANOS

Nessas faixas etárias, a doença aterosclerótica é rara, exceto para os portadores de síndromes genéticas, fumantes importantes ou diabéticos. A

MEV deve ser enfatizada em adultos jovens com LDL ≥ 130. Entretanto, devese considerarterapia hipolipemiante para indivíduos com LDL-C entre 160189 mg/Dl, principalmente em fumantes. Aqueles com LDL-C> 190 mg/dL devem receber terapia hipolipemiante como os adultos mais velhos7(D).

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tabela XI

Valores de referência para os lípides entre 2 e 19 anos **(D)

Lipides	Idade (anos)	Valores (mg/dL)		
		Desejáveis	Limítrofes	Aumentados
CT		<170	170-199	≥200
LDL-C		<110	110-129	≥130
HDL-C	<10	≥40	-	-
	10-19	≥35	-	-
TG	<10	≤100	-	>100
	10-19	≤130	-	>130

Os lipídios devem ser dosados em crianças com parentes de 1º grau com aterosclerose precoce, parentes de 1º grau com dislipidemias graves (CT≥ 300mg/dL ou TG≥ 400mg/dL); presença de pancreatite aguda, xantomatose, obesidade ou outros FR 6,55(D)(Tabela XI).

Dieta(D)

Confirmada a dislipidemia, o tratamento dietético deverá ser iniciado após 2 anos de idade, priorizando as necessidades energéticas e vitamínicas próprias da idade. Deve-se encorajar a ingestão de fibras e desestimular a de alimentos ricos em colesterol e gordura saturada. Havendo refratariedade à dieta, o uso de drogas hipolipemiantes para crianças acimade 10 anos pode ser considerado nas seguintes situações: dislipidemia familiar com LDLC>190mg/dL; antecedentes familiares de doença aterosclerótica prematura; 2 ou mais FR com LDL-C>160mg/ dL; na vigência de aterosclerose manifesta, com LDL-C>130mg/dL.

A colestiramina é a droga recomendável por não apresentar efeitos sistêmicos na dose de2mg/dia com dose máxima de 8mg/dia. As vastatinas, devido à pequena experiência atual, podem ser usadas em casos de HF grave (CT>300mg/dL) e/ou aterosclerose manifesta, nos quais o uso das resinas foi insatisfatório. A quilomicronemia requer somente tratamento dietético.

Em situações excepcionais, considerações sobre outras formas de tratamento incluem a plasmaferese, LDL aférese, anastomose ileal parcial e transplante hepático.

TRANSPLANTE CARDÍACO (TC)

A presença de dislipidemia após TC está associada a maior incidência de doença vascular do enxerto. Por outro lado, o uso de pravastatinas pode reduzir a progressão da vasculopatia, independente de redução do colesterol e também parece reduzir a incidência de rejeição 56(A).

Procedimentos Médicos: Medicina Interna

PROCEDIMENTO: Admissão Médica **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

• Admitir o paciente na Unidade da Policlínica de acordo com a patologia apresentada.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Prontuário médico, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança, oftalmoscópio

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Apresentar-se ao paciente e familiares.
2. Atender o paciente na sala de admissão.
3. Fazer anamnese e exame físico no paciente.
4. Preencher a ficha do histórico clínico e avaliação inicial com os dados do exame físico e anamnese e AIH.
5. Descrever as suspeitas de diagnóstico do paciente e solicitar os exames em formulário próprio em duas vias.
6. Realizar prescrição médica do paciente em impresso próprio em duas vias.
7. Informar à equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
8. Informar ao paciente e familiar sobre o diagnóstico e terapêutica realizados.
9. Informar a Enfermeira responsável em que Unidade da Policlínica o paciente deverá ser internado.

CUIDADOS

• Certificar-se da vaga na respectiva enfermaria com a Enfermeira responsável;

• Registrar os dados de forma legível;

• Exames de urgência deverão ser informados à equipe de enfermagem para solicitar ao respectivo serviço (laboratórios, radiologia, etc.);

• Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, exames, etc.) deverá assinar o termo de consentimento e ser orientado devidamente.

PROCEDIMENTO: Prescrição Médica e Evolução

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Registrar no prontuário prescrição e evolução médicas diárias de forma legível e sistemática.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balança e materiais médicos afins

• Padronização de Medicamentos da Policlínica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
2. Analisar gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem.

3. Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente,registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente.

4. Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso.

5. Solicitar exames, quando necessário.

6. Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizando à enfermagem atéas 10: 00 horas, diariamente.

CUIDADOS

• Assinar e carimbar a prescrição médica.

• Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos daPoliclínica, antes de prescrevê-lo.

• Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico

PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Obter consulta com especialista.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Prontuário médico, receituário.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando osrespectivos motivos.

2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para arespectiva equipe.

3. Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.

4. Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

CUIDADOS

• Checar a existência da especialidade médica da Policlínica.

• Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.

• Caso a especialidade médica não esteja disponível na Policlínica, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Artrite Reumatóide

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Desacelerar progressão da doença e debelar a dor

MATERIAL NECESSÁRIO

• Impressos para prescrição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• A-Soro-Negativa (Fator Reumatóide negativo) o Antinfalmatório não esteróides oCorticóides em doses antinfalmatórias: 5 a 10mg/ dia o Corticóides de depósito em aplicação intra-articular oAvaliar nos casos resistentes o uso de Drogas Controladoras da Doença

• B-Soro-Positivo (Fator Reumatóide positivo)

• Avaliar os marcadores de risco o Introduzir precocemente as Drogas Controladoras deDoença (uma ou duas)

- Methotrexate
- Hidroxicloroquina
- Sulfassalazina
- D.Penicilina
- Leflunomida (Arava)

• Associar corticóides

• Uso eventual de corticóides intra-articular

• Medicações biológicas quando indicadas (anti-TNF)

• Féreses

CUIDADOS

• Tratar episódios de distúrbio gastrointestinal se ocorrer após início do tratamento.

• Nas manifestações extrarticulares de risco (serosites, vasculites, quadros neurológicos), contemplar o uso de Pulsoterapia com

Metilpredisolona e/ou Ciclofosfamida

AÇÕES CORRETIVAS

• Em casos refratários avaliar transferência para Unidade Hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Tratar os pacientes com diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Impressos para prescrição e exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Sem lesões viscerais importantes o Antinflamatório não esteróides (AINES) o Hidroxicloroquina oCorticóide em doses baixas oMedicações tópicas (forma cutânea)

• Com lesões viscerais importantes (Poliserosites, Vasculites, Alt.:

Neuropsiquiátricas, Renais, Pulmonares, Cardíacas, etc.):

o Corticóides em doses elevadas (1mg/kg) o Pulso de Metilprednisolona o Pulso de ciclofosfamida oAzatioprina

CUIDADOS

- Terapias Específicas: oFéreses oImunoglobina I.V.

oFator Estimulador de Colônia (CSF)

AÇÕES CORRETIVAS

• Nos casos de necessidade de terapia específica considerar transferência para unidade hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Avaliação Inicial do Paciente Diabético

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Introduzir o paciente em programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e Impressos educativos

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Exame físico completo o Peso, TA o Fundo de olho o Palpação das artérias o Avaliar macroangiopatia oAvaliar neuropatias oExame cuidadoso dos pés oExame buco dentário

• Solicitar testes bioquímicos oSumário de urina oHemograma – Glicemia oUrocultura
o Colesterol, Triglicérides oHDL, LDL

oCreatinina, Uréia, K

CUIDADOS

• Solicitar glicohemoglobina ou frutosamina (podem ser normais em diabetes recentes),Raio X de tórax e ECG

AÇÕES CORRETIVAS

• Equipe multidisciplinar o Iniciar o programa de aprendizagem o Consulta com a nutrição para receber sua dieta individualizada o Consulta de enfermagem o Consulta com o serviço social oAvaliação Psicossocial oAutocontrole oFolhetos educativos, cartão de identificação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes I **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

• Manter níveis aceitáveis de glicemia sérica no paciente diabético

MATERIAL NECESSÁRIO

• Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Critérios para o diagnóstico de:

Diabetes - Critério do ADA - Glicemia plasmática > 126 mg oCritério do WHO (WorldHealth Organization) – Glicemia de jejum

> 140mg ou valor glicêmico aleatório > 200mg% oGlicemia de Jejum Alterada oGlicemiade jejum > 110mg% e < 126mg% o Intolerância à Glicose o Critério do WHO – Glicemia plasmática de jejum < 140mg% e >

200mg% oTTG Gestante oValor normal: 105, 190, 165, 145 mg%

- Terapêutica o Dieta o A dieta do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividades físicas, hábitos alimentares, etc. num indivíduo normal, calcula-se o gasto calórico como sendo de 30 a 40 calorias/kg/dia.

- Insulina
- A insulina está indicada nos diabéticos do tipo 1, nos diabéticos magros, na presença de cetose e em diabéticos do tipo 2 quando os hipoglicemiantes orais já não conseguem um bom controle glicêmico. A insulina é também indicada em caso de infecções, nagravidez, na insuficiência hepática ou renal e no diabetes secundário à pancreatite.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• A dose a ser utilizada varia conforme o paciente, em média 40u diárias de NPH são suficientes. Para pacientes que nunca tomaram insulina pode ser administrado 0.2 a 0.5u/kg e nos dias seguintes 1u para cada 20mg de glicemia acima de 140mg. Em crianças fazer 0.1u/kg de peso, inicialmente.

• Os esquemas de administração de insulina são vários. Poderá serem utilizadas quatro doses de regular, antes das principais refeições, NPH pela manhã associada com simples, NPH anoite, ou 02 doses de NPH, sendo 2/3 antes do desjejum e 1/3 antes do jantar, associada ou nãoa insulina simples, tudo vai depender da resposta e aceitação do paciente.

• Hipoglicemiantes Orais

o O uso de hipoglicemiante oral está indicado nos diabéticos do tipo 2, ou não insulinodependente, quando a dieta e o aumento da atividade física não forem capazes de obterum bom controle.

o Se o diabético é obeso, a primeira opção é a biguanida ou o inibidor da alfaglucosidade.

o Se ele tem o peso normal ou pequeno excesso de peso, pode ser testada, inicialmente, uma sulfonilureia, associado ou não à biguanidade ou a um inibidor da alfa- glucosidade.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Tensiômetro, estetoscópio, controle de glicemia

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Continuar o programa educativo

• Peso, TA

• Glicemia em jejum

• Glicemia pós-prandial

• Avaliar mapa de glicosúria

• Procurar hipoglicemia

CUIDADOS

• Esta segunda visita deve ser feita com 15 a 30 dias da avaliação inicial - Orientar opaciente para situações de hipoglicemia

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Glicohemoglobina

• Lipídios séricos (se estiverem elevados)

• Glicemia pós-prandial

• Sumário de urina

• Exame dos pés

• Prosseguir com o programa educativo de grupo, já avaliando a educação recebida anteriormente

• Reconsiderar a terapêutica

CUIDADOS

• Esta terceira visita deve ser realizada após 3 meses da avaliação inicial

• Esta avaliação acima deverá ser mantida a cada 3 a 4 meses no paciente que esteja bem controlado.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético III

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

• Exame físico completo e particularmente o Palpação das artérias (Doppler se necessário) o Exame cuidadoso dos pés e unhas o Procurar macroangiopatias o Procurar neuropatias, hipertensão ortostática o Fundo de olho e Avaliação buco dentária

CUIDADOS

• Realizar avaliação complementar:

• Clearance de creatinina

• Creatinina, uréia, eletrólitos

• Colesterol, triglicérides, HDL, LDL

• Sumário de urina, urocultura

• Glicohemoglobina ou frutosamina

• Microalbuminúria, Raio X de tórax

AÇÕES CORRETIVAS

• Reconsiderar a terapêutica

• Solicitar consultas especializadas, se necessário

• Rever mapa de glicosúrias

• Revisão com a nutricionistaRevisão de enfermagem

• Revisão psicossocial

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente

RESPONSÁVEL: Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

• Transferir o paciente para outra unidade

MATERIAL NECESSÁRIO

• Prontuário médico, relatório de transferência.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Certificar-se da vaga no local de destino.
2. De posse da vaga, informar o paciente e/ou familiares sobre sua transferência.
3. Registrar no prontuário indicação de transferência.
4. Preencher relatório de transferência constando resumo da história e exame naadmissão, curso de internamento e registro de todos os exames realizados.
5. Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
6. Avisar ao Serviço Social a necessidade da transferência e as providênciastomadas.

CUIDADOS

• Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos

medicamentos.

• Registrar no prontuário e relatório de transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito (episódio atípico, mas que pode acontecer em sistema de Policlínica) **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

• Atestar o óbito do paciente e tomar as providências cabíveis à situação.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Prontuário médico, atestado de óbito

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Constatar o óbito do paciente;
2. Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
3. Preencher o atestado de óbito, no caso de morte natural.
4. Entregar o atestado de óbito à enfermagem.
5. Informar a família e/ou responsável juntamente com o Serviço Social sobre oóbito do paciente.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Pneumonia

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Aplicação de medidas preventivas da infecção respiratória adquirida em unidade de saúde, visando a reduzir a morbimortalidade, os custos e o tempo de internação prolongado associado a essa patologia. Identificação precoce e tratamento bem sucedido dos casos identificados, tentando-se sempre identificar o agente etiológico, para traçar um perfil de sensibilidade da flora ambulatorial em questão.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Exames laboratoriais, Laudo do RX, , medicamentos (ver abaixo), controle dos sinais vitais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Implantação de medidas profiláticas básicas, incluindo lavagem das mãos, normas de isolamento, etc. – para toda a equipe de saúde, sob supervisão da CCIA;

2. Ampla divulgação dos resultados das culturas entre as equipes médicas para seleção mais precisa dos antibióticos;

3. Tentar, sempre que possível, corrigir condições o mais rápido possível, que possam predispor à infecção respiratória, como ventilação mecânica, estados de coma, distensão abdominal e vômitos, etc.;

4. Solicitar hemograma completo, bioquímica, glicemia, Raio x de tórax em PA e perfil – sempre que possível - e hemogasometria em casos mais graves e/ou associados a dispnéia. Colher material para culturas;

5. Identificar fatores de risco para determinados grupos de patógenos que podemajudar na seleção do antibiótico;

6. Iniciar antibioticoterapia empírica de largo espectro, levando-se em conta a gravidade, patologias concomitantes e perfis de sensibilidade;

7. Iniciar tratamento com cefalosporina de 3ª geração (p.ex.: Ceftriaxona), associada ou não a aminoglicosídeo;

8. Usar Ceftiazima como primeira escolha se Pseudomonas for um provável patógeno;

9. Associar Metronidazol ou Clindamicina caso haja suspeita de associação com anaeróbios;

10. Associar Oxacilina ou Vancomicina – conforme perfis de sensibilidade – caso haja suspeita de Stafilococos, baseada no quadro clínico e fatores de risco para essa bactéria, traumatismo grave, diabetes, etc.;

11. Macrolídeos, quinolônicos, etc.; dependendo da avaliação de cada caso individualmente;

12. Orientar posteriormente baseando-se nos resultados das culturas;

13. Instituir fisioterapia respiratória nos casos mais graves, com complicações, oucom excesso de secreção respiratória associada ou não à infecção.

CUIDADOS

• Assepsia rigorosa na coleta do material para culturas, para evitar contaminação;

• Atentar para casos de insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica;

• Atentar para casos de tosse crônica, mesmo com agudização e piora recente, para seafastar BK;

• Observar causas de imunodepressão (AIDS, etc.).

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Assistência Médica e de Enfermagem capacitada para conduzir pacientes com insuficiência renal aguda, visando o restabelecimento da diurese, a correção dos distúrbios hidreletrolíticos e ácido-básicos, além de restaurar a capacidade renal de eliminar adequadamente as escórias nitrogenadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Balanço hídrico, resultados dos exames laboratoriais (níveis séricos, uréia e creatinina / eletrólitos)

• Medicamentos apropriados (citados abaixo) e equipamentos necessários para o uso destes medicamentos e para a realização de procedimentos dialíticos caso estes sejam necessários.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Identificar precocemente alterações da função renal, através do controle da diurese, do balanço hídrico e da monitorização dos níveis séricos de uréia e creatinina;

2. Tratar prontamente as condições que possam predispor ao desenvolvimento daIRA – estados de choque, rabdomiólise, hiperbilirrubinemia, etc. – bem como evitando o uso indiscriminado de agentes nefrotóxicos (AINEs, aminoglicosídeos, contrastes iodados, etc.);

3. Dieta com restrição proteína para 0,6-0,8g/kg/dia, rica em AA essenciais, pobre em potássio. Restrição hídrica em casos de oligúria/ anúria e suplementação em caso de poliúria.Hipossódica em caso de HAS ou hipernatremia;

4. Avaliação laboratorial deve incluir dosagem de uréia e creatinina, eletrólitos – inclusive cálcio e fósforo – hemograsometria arterial ou dosagem de reserva alcalina e sumário de urina. Se possível, deve-se dosar o sódio e a creatinina urinários para cálculo da fração de excreção de sódio (FENa) de importância para a classificação da IRA. Outros exames laboratoriaise exames de imagem devem ser individualizados a critério do médico assistente;

5. Com base na história clínica e no resultado da avaliação laboratorial, tentar classificar a IRA em prerrenal, renal e pós-renal, dirigindo a abordagem terapêutica;

6. IRA prerrenal: otimização hemodinâmica e correção de fatores que possam prejudicar a

perfusão renal (p.ex.: AINES) ou reduzir a taxa de filtração glomerular (p.ex.: uso deI-ECA);

7. IRA renal: tratar causa intrínseca. As medidas acima também se aplicam;

8. IRA pós-renal: procedimentos desobstrutivos". Em geral requer avaliação de especialistas em Urologia;

9. Se oligúrico ou anúrico, acrescentar além do controle rigoroso dos dados vitais e do balanço hídrico, a monitorização da PVC;

10. Se apresentar poliúrica, deve-se hidratar o paciente adequadamente, orientando-se pelo balanço hídrico. Pode ser necessária a monitorização da PVC para otimizaçãoda hidratação;

11. Estar atento aos distúrbios hidreletrolíticos e tentar corrigi-los, principalmente em relação à elevações do potássio, que podem ser fatais;

Quando necessário estimular a diurese, usar diuréticos de alça como a Furosemide, em bolos endovenoso e em doses progressivamente mais altas, repetindo-se sempre que necessário a mesma dose que obteve diurese efetiva. Diuréticos osmóticos, como manitol e associação com tiazídicos para potencializar o efeito diurético, poderão ser prescritos em casos específicos. Solicitar avaliação do Nefrologista em casos mais complexos.

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

• Atentar sempre para o balanço hídrico, evitando negativá-lo demais – risco de desidratação como piora da função renal por mecanismo prerrenal – ou positivá-lo demais – risco de sobrecarga hídrica.

• Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica. Em casode diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a patência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenando do abdômen, para diagnosticar precocemente uma peritonite, que nesses casos pode ser oligossintomática. Em caso de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso central.

AÇÕES CORRETIVAS

• Indicações de procedimento dialítico:

o Hipercalemia refratária a medidas conservadoras; o Congestão pulmonar; o Uremia: uréia maior que 200 mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos à retenção de escórias nitrogenadas;

o Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador; oPericardite; o Neuropatia.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, impressos. Em caso de diálise: material para curativo, soluções dialíticas, cateteres.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

• Assistência Médica e de Enfermagem adequadas para o paciente com ICC, visando sua estabilização hemodinâmica e alívio dos sintomas.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Tensiômetro, estetoscópio, Medicamentos apropriados para o tratamento da ICC (citados abaixo) e equipamentos para monitorização (aparelho para eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro de pulso) e para utilização das medicações.

• Controle dos sinais vitais (T/ P/ PA/ R/ PVC) e balanço hídrico.Resultados laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Tentar estabelecer sempre a etiologia da ICC (insuficiência coronariana, doença de Chagas, valvulopatia) que podem vir a diferenciar a conduta para cada caso em particular;

2. Detectar e tratar precipitantes: dist. Hidreletrolítico, sepse, intoxicação digitálica, arritmias, etc;

3. Solicitar, se não disponíveis, hemograma completo, função renal e eletrólitos, radiografia simples de tórax, ECG com 12 derivações. Demais exames, como Ecocardiograma, conforme necessário para cada caso em particular;

4. Aferição frequente de dados vitais pela equipe de Enfermagem, em casos mais graves, deve-se instalar monitor cardíaco, oxigênio e monitorizar a PVC, o débito urinário e o balanço hídrico;

5. Atividade física conforme a classe funcional do paciente. Dieta hipossódica, devendo ser suspensa em casos de instabilidade hemodinâmica importante;

6. Medicamentos:

7. Digital: Digoxina (VO) / Lanatosídeo C (IV) em casos de disfunção ventricular sistólica sintomática ou para controle de taquiarritmias supraventriculares;

8. Diuréticos: Furosemida VO (IV para os casos de congestão mais importante). Titular a dose que mantenha o paciente sem sinais ou sintomas congestivos. Associar com tiazídico caso seja necessário potencializar o efeito diurético;

9. Vasodilatadores: I-ECA mesmo em pacientes assintomáticos e com disfunção ventricular. Antagonistas da angiotesina 2 em pacientes que não toleram I-ECA. Titular a dose de ambos para a máxima tolerada pelo paciente. Esquemas outros como nitrato e hidralazina conforme julgamento médico;

10. Betabloquadores: em pacientes com classe funcional II, III e IV. Os únicosdevidamente testados para essa finalidade são o carvedilol, metropolol e bisoprolol. Titular a dose conforme tolerado, lentamente;

11. Antagonista da aldosterona: espironolactona em baixas doses em pacientes emclasse funcional III e IV;

12. Aminas vasoativas em casos de choque. Ter sempre desfibrilador próximo ao paciente;

13. Em caso de Edema Agudo de Pulmão, fazer furosemida 60 – 100mg e Meperidina 2-3mg, IV. Fornecer 02 sob máscara, sempre que possível. Utilizar técnica de CPAP

se houver ventilador capacitado para tal disponível e o paciente encontra-se lúcido e colaborativo. Manter material de intubação orotraqueal – inclusive sedativo e mirrelaxante – prontamente disponível, caso esta seja necessária. Demais medicações a critério do médico assistente.

14. Dar alta quando paciente encontrar-se estável hemodinamicamente e com diurese satisfatória, com fatores desencadeantes corrigidos e com adequada avaliação diagnostica. Prescrever as medicações em uso para casa, com retorno ambulatorial agendado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

• Atentar sempre para distúrbios hidreletrolíticos, principalmente os relacionados ao potássio e ao magnésio;

• Em casos mais graves, com choque e/ou congestão pulmonar importante, associar hemogasometria arterial na avaliação laboratorial;

• Não esquecer medidas profiláticas para Trombose Venosa Profunda/ Embolia Pulmonar, para pacientes de risco;

• Ficar atento para a possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar, principalmente nos casos de piora súbita e inexplicada e dispnéia mais intensa com ausculta pulmonar pouco alterada. O uso da profilaxia não afasta essa possibilidade;

• Checar rotineiramente se o desfibrilador está funcionando normalmente. Certificar-se de que sabe operá-lo ANTES de fazer-se necessário o seu uso.

MATERIAL NECESSÁRIO

• Resultado laboratorial (potássio, magnésio), tensiômetro, estetoscópio.

PROCEDIMENTO: Choque

RESPONSÁVEL: Médico Clínico

Choque

Introdução

Com algumas modificações, este enfoque sobre choque, principalmente o

Choque Hemorrágico, tem como base o protocolo do ATLS - Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual 1993 do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões).

Definição

Define-se choque como uma anormalidade circulatória cuja perfusão orgânica e aoxigenação tecidual estão inadequadas.

Dois passos são importantes no que se refere ao choque;

1. Reconhecer precocemente sua presença.
2. Identificar sua provável causa.

Nos casos de pacientes traumatizados a causa do choque está relacionada ao mecanismo de lesão. Todos os tipos de choque podem estar presentes no paciente politraumatizado. A maioria dos pacientes em choque está em hipovolemia.

O início do tratamento do choque deve ser simultâneo com o reconhecimento do estado de choque. A resposta ao tratamento inicial, além da clínica e exames secundários, direcionam para o diagnóstico da causa. Lembrar que a hemorragia é a causa mais comum de choque no paciente traumatizado.

Os componentes fisiológicos envolvidos nos choques são:

1. pré-carga - representada pela capacitância venosa e pela volemia; 2. bomba - a contratilidade cardíaca é o que mantém o sistema em atividade;

3. pós-carga - é a resistência vascular sistêmiica (periférica).

No tratamento inicial do choque busca-se o restabelecimento das perfusões orgânica e celular com sangue adequadamente oxigenado. No choque hemorrágico isto significa aumentar a précarga o que, por si só, contraindica o uso de drogas vasopressoras.

Classificação dos Estados de Choque

Hipovolêmico - falta conteúdo (baixo volume intravascular):

• sangramentos volumosos (exteriorizados ou não);

• perda líquida excessiva (diarréia, vômito, poliúria, febre);

• sequestro líquido - tecidos inflamados (peritonite, colite, pleuris);

• drenagem de grandes volumes de transudato (ascite, hidrotórax). Observação

Muitas vezes, mais de um fator associado quando em doentes graves.

Obstrutivo – Bloqueio do fluxo de sangue na pequena circulação ou na circulaçãosistêmica:

1. embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pelocoágulo (êmbolo) e, indiretamente, pela liberação de vasoconstritores;

2. tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, coartação aórtica - causando restrição mecânica da pré-carga ventricular direita (não há enchimento).

Distributivo - Existe inadequada demanda tecidual e oferta local de oxigênio:

• Fluxo alto/necessidade;

• Fluxo alto/não atendendo à necessidade.

• Séptico

• Neurogênico

• Anafilaxia

• Síndrome de hiperviscosidade - Doencas endócrinas:

• hipotireoidismo

• hipocortisolismo

Cardiogênico – O desempenho cardíaco está limitado (inotropismo e cronotropismo):

- Falência ventricular esquerda
- Lesões valvares
- Infarto do miocárdio
- Shunt arteriovenoso
- Miocardiopatia
- Aneurisma ventricular
- Miocardite
- Alterações elétricas
- Disfunção miocárdica da sepse
- Arritmias
- Defeitos mecânicos
- Distúrbios de condução **Avaliação Inicial** Reconhecimento do choque

Mecanismos compensatórios mantêm a pressão sistólica até uma perda de 30% da volemia. Então, não aguardar queda da pressão arterial, aparecimento de alterações do fluxo renal e do Sistema Nervoso Central para fazer diagnóstico do choque. Taquicardia, pele fria, queda da pressão de pulso (sistólica-diastólica) em pacientes traumatizados, até provar o contrário, devem ser considerados evidências de choque. Idosos, medicamentos como o propranolol, hematócrito, podem ter comportamento não esperado.

Diferenciação clínica da etiologia do choqueChoque hemorrágico

Hemorragia, como já foi dito, é a causa mais comum de choque em pacientespolitraumatizados. Outros choques podem responder parcial ou transitoriamente à reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadroé ou não devido à hemorragia.

Choque não-hemorrágicoChoque Cardiogênico

A disfunção miocárdica pode ocorrer por contusão miocárdica, tamponamento cardíaco,embolia gasosa ou infarto do miocárdio associado ao trauma. Destes o mais comum é o tamponamento cardíaco relacionado ao ferimento penetrante do tórax. Taquicardia, abafamento de bulhas, jugulares ingurgitadas, hipotensão e resposta ruim à reposição volêmica falam a favor do diagnóstico. O pneumotórax hipertensivo pode simular tamponamento cardíaco. Inserção correta de uma agulha alivia estas ameaças.

Pneumotórax Hipertensivo

Mecanismo valvular que causa compressão e colapso pulmonar, com desvio do mediastino para o lado oposto, diminuindo o retorno venoso e o débito cardíaco. Requer

tratamento imediato. Clinicamente há enfisema subcutâneo, ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, desvio da traqueia e insuficiência respiratória aguda, manifestações estas que autorizam a descompressão torácica sem esperar confirmação radiológica.

Choque Neurogênico

Lesões cranianas isoladas não causam choque. Já os traumas por lesão modular podem provocar hipotensão pela perda do tônus simpático, mas não há taquicardia nem vasoconstriçãocutânea, assim como pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente TraumatizadoFisiopatologia

As respostas iniciais à perda de sangue são compensatórias como a vasoconstricção progressiva cutânea, muscular e visceral na tentativa de preservar o fluxo sanguíneo. Taquicardia é o sinal mais precoce.

Nas células, a perfusão e oxigenação inadequadas desencadeiam um mecanismo compensatório que é o metabolismo anaeróbio que resulta em produção de ácido lático e acidose metabólica. No choque prolongado, a parede celular perde a capacidade de manter o gradiente elétrico, e ocorre o edema celular, levando a lesão e à morte celular, e ao edema tecidual. Isto agrava o impacto global da perda sanguínea e da hipoperfusão preexistente. A infusão de soluções eletrolíticas ajudam a combater este processo. Às vezes, a reposição pode ser acompanhada de um aumento significativo do edema intersticial devido à lesão de reperfusão da membrana capilar intersticial, necessitando de volumes maiores de soluções salinas.

Definição de hemorragia

É uma perda aguda de sangue. O indivíduo adulto normal tem um volume sanguíneo de aproximadamente 7% do seu peso corporal enquanto a criança tem cerca de 8 ou 9%. Em caso de obesos considera-se o peso ideal.

Efeitos diretos da hemorragia

O tratamento deve ser orientado mais pela resposta individual do que por uma classificação, pois a distinção entre as classes de choque nem sempre é precisa. Didaticamente divide-se em quatro classes: I - perda de sangue igual ao doador de sangue; II - choque não- complicado que requer reposição de cristalóides; III - estado mais complicado onde há necessidade de reposição de líquidos e provavelmente de sangue e: IV - grave, considerado evento preterminal, se medidas agressivas não forem tomadas. Alguns fatores podem alterar adinâmica vascular e devem ser lembrados: (1) idade do paciente, (2) gravidade do trauma e localização anatômica, (3) intervalo entre o trauma e início do tratamento e (4) reposição volêmica pré-hospitalar e uso do PASG. Como regra, diz-se que é perigoso aguardar que o paciente traumatizado se enquadre em uma classificação fisiológica precisa antes de iniciar umaterapia agressiva.

Efeitos Diretos da Hemorragia				
Alteração	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda Sanguínea em ml	até 750	750-1.500	1.500 – 2.000	>2.000
Perda Sanguínea em %	até 15%	15-30%	30-40%	>40%
Freqüência de Pulso	<100	>100	>120	>140
Pressão Arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
Pressão de Pulso mmHg	normal ou diminuída	diminuída	diminuída	diminuída
Freqüência Respiratória	14-20	20-30	30-40	>35
Diurese ml/hora	>30	20-30	5-15	desprezível
Estado Mental/SNC	ansiedade leve	ansiedade moderada	ansiedade e confusão	confusão e letargia
Reposição Volêmica	cristalóide	cristalóide	cristalóide e sangue	cristalóide e sangue

Tabela 1. 24 / ATLS, 1993

Alterações hidroeletrolíticas secundárias a lesões de partes moles

Fraturas e lesões de partes moles, extensas, comprometem a hemodinâmica de dois modos:

• pela perda de sangue nos casos de fraturas extensas (tíbia e úmero podem perder 750 ml cada e fêmur 1.500 ml). Vários litros de sangue podem acumular-se num hematoma retroperitonial associado a uma fratura pélvica;

• edema intersticial obrigatório em partes moles lesadas. Este edema depende da extensão da lesão e consiste de líquido extracelular. Lembrar que o plasma é parte do extracelular e corresponde a 25% do volume do edema e sua perda tem impacto no volume circulatório na presença de grandes edemas. Por exemplo, a perda de 2.000 ml de edema em uma fratura de fêmur corresponde a 500 ml de plasma, volume que somado a outras perdas pode complicar o estado hemodinâmico.

Abordagem do Choque Hemorrágico

O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados em rápida sucessão. Para a maioria dos pacientes traumatizados, o tratamento é instituído como se fosse choque hipovolêmico, atéevidente prova em contrário.

Exame físico

Anotar sinais vitais, diurese e nível de consciência para comparação.

Vias aéreas e respiração (A e B do ABC): - estabelecer via aérea prévia; - iniciar oxigênio.

• Circulação e controle da hemorragia (C do ABC):

• verificar circulação:

• controlar hemorragia externa (compressão, garrote. etc.); - estabelecer acesso venoso:

• avaliar perfusão tecidual.

• Exame neurológico:

• avaliar nível de consciência (escala adotada na instituição ou Glasgow), movimentaçãoocular, resposta pupilar, função motora e sensibilidade.

• Exame completo:

• despir o paciente, identificar lesões. Cuidado com hipotermia.

• Descompressão gástrica:

• não se sabe porque mas a distensão gástrica torna o choque de díficil tratamento eaumenta o risco de aspiração. Deve-se drená-lo sempre (SNG-Sonda Nasogástrica).

• Sondagem vesical:

• mede débito urinário, avalia presença de hematúria. Na presença de sangue uretral oupróstata não-palpável em homem, não sondar.

Acesso vascular

Obter acesso vascular imediatamente por meio de 2 cateteres que devem ser curtos e grossos preferencialmente em braço ou antebraço. Na impossibilidade da punção, dissecar veias(membro superior ou safena) evitando-se danos arteriais e nervosos. Em crianças menores de 6 anos, em casos de inabilidade, utilizar punção óssea. Colher sangue para exames de rotina. Se realizado acesso venoso central via subclávia ou jugular interna, obter Raio X de tórax em seguida.

Reposição liquida inicial

Inicialmente dee ser usada solução eletrolítica isotônica que promove expansão intravascular (transitória) por reposição das perdas que ocorreram para o interstício e compartimento celular. Posteriormente, se necessário, sangue.

O ringer lactato é a primeira escolha e o soro fisiológico a segunda. As reposições à base de soro fisiológico, devido aos grandes volumes, podem acarretar acidose hiperclorêmica que se agravará ainda mais se a função renal estiver comprometida.

Preconiza-se para o adulto cerca de 2.000 ml e na criança cerca de 20 ml/kg de peso, infundidos rapidamente e observando-se a resposta hemodinâmica. Pode-se utilizar a tabela como guia para a reposição (3 ml de solução isotônica para cada ml de sangue perdido) lembrando sempre dos fatores que podem interferir ou modificar as respostas esperadas. Sempre avaliar a resposta à reposição inicial.

Avaliação da Reposição Volêmica e da Perfusão Orgânica Generalidades

Os dados da manifestação clínica são os parâmetros para avaliação da reposição. Então, regularização da frequência cardíaca, frequência respiratória, palidez, pele fria, pressão de pulso, diurese. Pode-se incluir exames laboratoriais.

Débito urinário

Utilizar o débito urinário como um dos monitores da reposição. 50 ml/hora no adulto ou 1/2 a 1 ml/kg/ hora inclusive para crianças até 1 ano; abaixo de 1 ano e desejável 2 ml/kg/hora.Débitos urinários inferiores sugerem reposição volêmica inadequada, sendo necessária a complementação da reanimação e/ou outras medidas diagnósticas.

Equilíbrio ácido-base

Normalmente o paciente hipovolêmico cursa, no início, com alcalose respiratória ocasionada pela taquipnéia e posteriormente evolui para acidose metabólica (no início é leve enão necessita tratamento). O choque prolongado ou profundo leva à acidose metabólica grave provocada pelo metabolismo anaeróbio indicando reposição inadequada. Acidose metabólica persistente em paciente normotérmico deve ser manejada com aumento da infusão líquida. Sóutilizar bicarbonato de sódio com pH abaixo de 7,2.

Resposta à Reposição Volêmica Inicial e as Decisões Terapêuticas

Generalidades : a resposta do doente à reposição volêmica inicial mostra o caminho dos próximos passos da terapêutica. Aumentar, diminuir ou complementar a infusão de líquidos, adição de sangue, novos exames, tomam por base a evolução ao tratamento inicial instituído cujo padrão de resposta pode ser resumido na tabela a seguir (tabela 2):

Respostas e Decisões Terapêuticas

Tipo de Resposta	Rápida	Transitória	Sem resposta
Sinais Vitais	Retorno ao normal	Melhora Transitória Recidiva PA e FC	Continuam Anormais
Perda Sanguínea Estimada	Mínima – 10 a 20%	Moderada e Persistente 20 a 40 %	Grave (< 40%)
Necessidade de Mais Cristalóide	Baixa	Alta	Alta
Necessidade de Sangue	Baixa	Moderada a Alta	Imediata
Preparo do Sangue	Tipado e com Prova Cruzada	Tipo Específico	Liberado em Caráter de Emergência
Necessidade de Cirurgia	Possível	Provável	Muito Provável
Necessidade de Opinião Cirúrgica	Sim	Sim	Sim

Tabela 2. 24 ATLS, 1993

Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).

É sempre preferível o uso de sangue, com todas provas cruzadas realizadas, procedimentoque normalmente exige 1 hora.

Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aquia incompatibilidade a anticorpos menores pode ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença dechoque grave cuja resposta a infusão líquida é transitória.

Na presença de sangramento profuso, exsanguinante e na indisponibilidade de sangue específico, usa-se o tipo O e, se puder, Rh negativo.

Filtros de sangue

Utilizar filtros comerciais de transfusão sanguínea.Aquecimento dos líquidos

Para prevenir hipotermia ou ajudar a reverter a já existente, infundir líquidos cristalóidesa 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em microondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, paramaiores informações.

Autotransfusão

Existem equipamentos disponíveis comercialmente para coleta estéril, anticoagulação e retransfusão de sangue drenado utilizados principalmente em hemotórax volumoso. Outros equipamentos com finalidades semelhantes, mais complexos podem ser encontrados comercialmente.

Coagulopatia

Normalmente não é necessário a transfusão de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco e fibrinogênio em atendimentos iniciais. A medida do tempo de protrombina, do tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas são estudos de grande valia em algumas situações especiais em portadores de coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes. Estar alerta nos casos que cursam com hipotermia e necessitam de transfusões maciças, pois pode ocorrer alterações dos fatores de coagulação e diluição planetária levando à coagulopatia.

Administração de cálcio

Reposição de cálcio deve ser baseada em dados laboratoriais.

Dispositivo Pneumático Antichoque — PASG (Pneumatic Antishock Garment)

Este equipamento de insuflação age, na extremidade inferior e abdômen, por compressãocausando aumento da resistência vascular periférica e da póscarga, elevando a pressão arterial.

Indicado em casos de transporte ou atendimento extra hospitalar para fraturas pélvicas com hemorragia contínua e hipotensão e em traumas abdominais com grave hipovolemia em pacientes que estão sendo removidos.

Está contraindicado seu uso no edema pulmonar, ruptura diafragmática conhecida (impulsiona órgãos da cavidade abdominal para dentro da cavidade torácica) e em hemorragiasfora da área da ação do dispositivo como lesões de tórax, extremidades superiores, couro cabeludo, face e pescoço.

Deve ser usado com conhecimento de seus efeitos deletérios no quadro clínico do choqueassim coma sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do ChoqueEquiparação da pressão arterial ao débito cardíaco

Não assumir que obrigatoriamente uma elevação da pressão arterial corresponde a um aumento concomitante do débito cardíaco. Assim, um aumento da resistência periférica sem aumento do débito cardíaco, por uso de drogas aumenta a pressão arterial mas não, necessariamente, melhora a perfusão e a oxigenação tecidual.

Idade

Os idosos toleram mal a hipotensão, pois pode evoluir para complicações sérias como oinfarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Atletas

Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíacoem até seis (6) vezes, aumentar o volume da ejeção sistólica em ate 50% e baixar a frequência cardíaca a 50 bpm. Por isso tudo, eles suportam perdas sanguíneas maiores sem grandes alterações hemodinâmicas.

Medicamentos

Medicamentos como os bloqueadores beta adrenérgicos e os do cálcio podem alterar aresposta hemodinâmica do paciente frente à hemorragia.

Hipotermia

Já comentado, porém deve ser enfatizado. Processo que junto com a hemorragia torna difícil a reanimação com a infusão líquida e pode caminhar para coagulopatia. Levando-se em conta isso, a temperatura é um bom indicador da eficácia da reanimação. Esofágica, vesical, timpânica ou ainda a retal podem ser usadas. Em alguns casos, dependendo da evolução da reanimação deve-se "lançar mão" das infusões aquecidas tanto em tórax como em abdômen não comprometido. Utilizar todos os dispositivos de aquecimento ambiental.

Marca-passo

Fica evidente que pacientes em uso de marca-passo, cuja frequência cardíaca é determinada pelo dispositivo, alguns sinais precoces do choque hipovolêmico ficam comprometidos.

Reavaliação da Prevenção de complicações

A hemorragia oculta ou não diagnosticada é a principal causa da resposta inadequada a reposição volêmica.

O controle da PVC durante a reanimação tem seu valor relativo estabelecido. Para tanto, o acesso venoso central deve ser providenciado (se já não o foi durante a busca de acesso vascular por dissecção, com introdução de cateter longo). De melhor utilidade é a medida de PVC, inicialmente baixa, que progressivamente se eleva, à medida da progressão da reanimação. Valores altos podem significar problemas com o cateter, com o funcionamento cardíaco, com excesso de volume, além de inúmeros outros. Buscar outras causas sempre que a reanimação não oferecer o resultado planejado no início da infusão do líquidos.

Observação

É recomendável que todos participantes de equipes médicas envolvidas em atendimento de traumatizados obtenham o título do ATLS.

Choque Séptico

Sepse significa uma resposta sistêmica desencadeada por uma infecção evidente. Esta resposta sistêmica é denominada de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), a qual pode ser desencadeada não só por infecção, mas por outros processos que levam ao estímulo da cascata inflamatória, como um paciente queimado, pancreatite e até mesmo neoplasia, e ainda, doenças reumatológicas. Quando nos referimos à infecção, estamos afirmando que existe a presença de organismos num local previamente estéril.

A SRIS é manifestada como temperatura axilar >38°C ou <36°C, frequência cardíaca >90 batimentos por minuto, frequência respiratória >20 batimentos por minuto ou pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) <32 mmHg (<4.3 kPa), contagem de leucócitos no sangue >12.000 células/mm3 ou <4.000 células/mm3, ou >10 % de formas imaturas, também denominadas de bastões.

A síndrome séptica diz respeito à sepse associada com a evidência de alteração da perfusão orgânica e um dos seguintes estados: hipoxemia, níveis elevados de lactato, oligúria ou alteração do nível de consciência. Já a sepse severa representa a sepse associada com disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão. O choque séptico representa a sepse com hipotensão mesmo depois de adequada reposição volêmica. A última definição é a do choque séptico refratário, sendo aquele que persiste por mais de 1 hora sem resposta à reposição volêmica e intervenção com drogas vasoativas.

A incidência anual e o número de óbitos relacionados à septicemia vem aumentando progressivamente, embora a mortalidade relacionada à doença esteja diminuindo. A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) tem se aproximado de 240.4 casos por 100,000 habitantes. A mortalidade provocada pela septicemia severa gira em torno de 28%, variando conforme o estudo; é preciso determinar qual a gravidade de sepse para podermos predizer a mortalidade, a qual segue uma hierarquia muito bem definida de SRIS, sepse, sepse severa e choque séptico, cujos níveis de mortalidade são representados por 7%, 16%, 25%, e 46%, respectivamente.

O atendimento do paciente em choque séptico deve seguir uma ordem de raciocínio e algunsconceitos básicos, principalmente nas primeiras horas da identificação. Os critérios diagnósticos e o estado do choque devem estar bem definidos.

Ressuscitação Inicial

Deve iniciar assim que o diagnóstico de sepse com hipoperfusão seja feito, antes mesmo do doente ser encaminhado para a UTI, nas primeiras 6 horas. O volume necessário para a

reanimação vai depender da capacidade de atingir algumas metas, independendo do tipo de fluido, cristalóide ou colóide. A vantagem do colóide parece se basear na menor necessidade devolume para se atingir os parâmetros de ressuscitação adequada devido à menor distribuição em relação ao cristalóide, o qual tende a produzir mais edema.

O objetivo desta reanimação é manter uma pressão venosa central (PVC) entre 8 a 12 mmHg, uma pressão arterial média (PAM) maior que 65 mmHg, um débito urinário maior que 0,5 ml/Kg/h e uma saturação venosa central (SVC) acima de 70%. Atingir estes objetivos em menos de 6 horas significa uma redução na mortalidade em mais de 50%. Pacientes submetidosà ventilação mecânica devem ter níveis de PVC entre 12 a 15 devido aumento na pressão intratorácica. Se não houver sucesso inicial em manter uma SVC acima de 70% com a reposiçãovolêmica, pode-se realizar hemotransfusão, a fim de manter um hematócrito acima de 30% ou a utilização de dobutamina em doses crescentes, sempre mantendo uma PAM > 65 mmHg.

Diagnóstico

Em todo paciente séptico devem ser colhidas culturas antes da terapêutica antimicrobiana. Em geral, colhe-se 2 hemoculturas, sendo pelo menos uma delas percutânea e a outra podendo ser de acesso vascular já instalado. Outras culturas deverão ser obtidas conforme a indicação do quadro do paciente, como cultura de urinas, líquor, ferida, secreção brônquica ou outras. A vantagem da coleta de hemocultura pelo acesso vascular é que se esta cultura apresentar crescimento em tempo maior de 2 horas antes da hemocultura coletada percutânea, indica que o acesso vascular pode ser a fonte de septicemia.

Além da pesquisa microbiana, deve-se realizar estudos de imagem, como Raio X de tóraxou ultrassonografia de abdome, para auxílio no foco de septicemia quando há dúvida diagnóstica. Apesar da importância de exames de imagem no diagnóstico, deve-se levar em consideração o risco de transporte dos pacientes para os locais de exame, considerando a utilização de exames à beira do leito como de eleição em pacientes graves.

Terapia Antimicrobiana

O tratamento com antibióticos não pode ultrapassar 1 hora após o reconhecimento de sepse severa, muitas vezes iniciado junto com a ressuscitação volêmica. Quanto maior a demorana utilização do antibiótico, maior a mortalidade. Devido a esse motivo, os servidos de emergência e UTI devem ter a sua disposição os antimicrobianos de amplo espectro, mais utilizados para se iniciar a primeira dose. A escolha antimicrobiana dependerá de muitos fatores, como a doença de base, doenças associadas, histórico de uso antimicrobiano, infecção nosocomial ou comunitária, critérios esses que vão além de escopo deste capítulo. Mesmo coma terapia correta, nunca esquecer das infecções que necessitam de outro tratamento além do antibiótico, como a drenagem de abscessos (abdominais, torácicos, articulares, colangite, pielonefrite), debridamentos de tecidos necróticos, retirada de dispositivos como prótese, cateter, sondas ou tubos.

Vasopressores

Quando a terapia com volume falha em atingir os parâmetros mínimos mesmo com hidratação vigorosa ou quando o volume infundido esta proporcionando sobrecarga sem alguma vantagem, deve-se se iniciar drogas vasoativas, preferencialmente através de um acessovenoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter uma PAM adequada, mas simuma perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As drogas mais utilizadas no choque séptico são a noradrenalina e a dopamina. Essas duas catecolaminas apresentamdiversas vantagens sobre a adrenalina ou fenilefrina (discutidas a seguir). A noradrenalina é a

catecolamina mais potente e a mais efetiva em reverter quadro de choque séptico, além de menos efeitos adversos que a dopamina.

Em pacientes com baixo débito cardíaco apesar da reposição adequada de fluidos,dobutamina pode ser usada para aumentar o débito cardíaco, sendo droga de primeira escolhanestes casos, uma vez que a pressão de enchimento ventricular esteja normal e a PAM normal ou elevada.

Corticóide

Recomenda-se em pacientes com choque séptico já com terapia vasopressora o uso de hidrocortisona 200 a 300 mg ao dia devido a redução da mortalidade. Este fato foi verificado pela existência de insuficiência adrenal relativa em alguns pacientes com choque séptico. A insuficiência relativa da adrenal pode ser identificada pelo teste de estimulação com ACTH, o qual define os pacientes com choque que respondem ao uso de corticóide. Como o exame não está disponível facilmente e o resultado pode demorar, é sensato utilizar corticóide em todo paciente com choque séptico em terapia vasopressora. A duração da terapia com corticóide nãoestá definida, podendo ser utilizada por 1 semana ou até recuperação do estado de choque e sem o uso de drogas vasoativas. Considerando que o choque da insuficiência adrenal apresentacomponente mineralocorticóide mais importante, pode se utilizar a fludrocortisona, que apresenta vantagem de não interferir com a imunidade. Na ausência de choque, o uso de corticóide pode ser maléfico.

Proteína C Ativada Humana Recombinante

Uma das vias inflamatórias da sepse severa refere-se à ativação endotelial e agentes pró-coagulantes, predominando estes no início do quadro séptico. A utilização de agentes anticoagulantes sempre foi estudada com o intuito de diminuir a mortalidade e evolução para CIVD. Dentre as medicações, uma delas, a proteína C ativada vem sendo largamente estudada após demonstração de aumentar sobrevida em pacientes com sepse severa na presença de disfunção orgânica. Conhecida como drotrecogina alfa ou Xigris® é recomendada em paciente com risco de maior mortalidade, definidos polo APACHE II com escore igual ou maior que 25 (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), disfunção múltipla de órgão e sistemas induzidos pela sepse, choque séptico ou SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto) induzida pela sepse e sem contraindicações absolutas a medicação. Estudos do Xigris® na sepsesem disfunção de órgão não aumentou a sobrevida.

Hemoderivados

Não existe um nível de hemoglobina considerado ótimo. O ideal é a quantidade de hemoglobina que possa carrear oxigênio suficiente para os tecidos, a fim de manter uma ofertatecidual de oxigênio adequada. Em estudos controlados, níveis entre 7 e 9 g/dL são bem tolerados em pacientes com sepse. E óbvio que um nível de 12 g/dL é melhor que 9 g/dL. Estudos comparando mortalidade entre a manutenção de níveis de hemoglobina mais baixos evitando-se transfusão de concentrado de hemáceas contra níveis de hemoglobina > 10 g/dL permitindo-se a transfusão a critério do Intensivista não demonstrou diferença na mortalidade. Apesar do aumento da hemoglobina produzir um aumento óbvio da oferta de oxigênio, parece não haver melhora no consumo do oxigênio. O uso de eritropoetina como agente estimulador na produção/maturação hemática não se justifica na sepse por não apresentar alteração na mortalidade.

O uso de plasma fresco só se justifica para correção de anormalidades na coagulação na vigência de sangramento ou para procedimentos cirúrgicos. Concentrados de plaquetas estão indicados quando contagem de plaquetas menor de 5.000 mm3 independente de sangramento,

entre 5.000 e 30.000/mm3 na vigência de sangramento, acima de 50.000 mm3 quando o paciente for submetido à cirurgia.

Controle Glicêmico

Em pacientes com sepse severa o ideal é manter a glicemia menor que 150 mg/dL. Trabalhos recentes têm demonstrado que o ideal seria manter a glicemia entre 80 e 110 mg/dL.Para atingir essa meta é necessário realizar inicialmente de cada 30 a 60 minutos e 3 a 4 horas quando o doente está mais estável. Associado ao controle rígido de glicemia deverá ser utilizadaa insulina em infusão contínua. Com este tipo de abordagem a hipoglicemia é frequente, porém,obtém-se diminuição da mortalidade. Aliado ao controle estrito com insulina em infusão contínua, dá-se preferencia à nutrição enteral contínua, o que permite o ajuste de insulina e controle glicêmico mais fácil.

Ventilação Mecânica na SARA

Em pacientes com SARA associada à sepse deve-se evitar altos volumes correntes e pressões de platô altas, tentando utilizar volumes de 6 ml/Kg de peso ideal como alvo, assim como limitar a pressão de platô para máximo de 30 cm H2O. Essa estratégia de ventilação podese associar com a hipercapnia, a qual teoricamente tende a promover piora do choque por vasodilatação e queda no pH tecidual. Porém, estudos têm demonstrado que os pacientes toleram bem a hipercapnia até um certo nível, denominada então de hipercapnia permissiva. Ouso de altos valores de PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final) nestes pacientes auxilia na oxigenação para redução dos níveis de FiO2, evitando lesão pulmonar secundária a radicais livres. Apesar disso, trabalhos recentes têm demonstrado não haver benefícios em altos níveis de PEEP em relação a níveis mais baixos, desde que se mantenha um nível FiO2, suficiente paraatingir uma saturação de oxigênio entre 88 e 92%. Além dos parâmetros do ventilador, utilizar manobras de recrutamento alveolar como pronação do paciente, aumento progressivo de PEEPe outros, conforme protocolos de cada serviço. As manobras de recrutamento promovem melhora da saturação de oxigênio sem alterar mortalidade.

Sedação e Analgesia

Devem ser utilizados protocolos de sedação com reavaliações diária dentro de uma escala de sedação, fazendo a retirada da sedação para avaliar o nível de consciência e ajustar a nova dose de sedação, seja em infusão contínua ou intermitente. Esta estratégia diminui o tempo de ventilação mecânica, assim como o tempo de internamento e taxas de traqueostomias. Evita-se o uso de bloqueadores neuromusculares pelo risco de manutenção do bloqueio em pacientes com sepse, mesmo após descontinuação prolongada.

Terapia de Substituição Renal

Em pacientes sem instabilidade hemodinâmica, o uso de hemodiálise contínua ou intermitente não apresenta diferença. Já nos pacientes instáveis, a hemofiltração contínua apresenta-se como de mais fácil manejo. Ainda não existem evidências ou benefícios na utilização de hemodiálise contínua em choque séptico que não seja como terapia de substituiçãorenal.

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico epH 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhoras no sistema cardiovascularquando comparado com cloreto de sódio na mesma proporção de milequivalentes. Tem indicação para melhora de ventilação durante a hipercapnia permissiva e promove redução da carga de drogas vasoativas em pacientes com choque séptico com uso de vasopressores e pH

menor de 7,2. Não promove piora da acidose intracelular como a maioria dos trabalhos antigos especulava, porém ainda não apresenta espaço definido na septicemia, sendo seu uso baseado na experiência de cada serviço e profissional até que trabalhos de melhor evidência e com maior número de pacientes sejam realizados.

Profilaxia da Trombose Venosa Profunda

O uso de baixas doses de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular é indicado para pacientes com sepse severa. Quando contraindicados, devem ser substituídos por dispositivos profiláticos mecânicos.

Profilaxia de Ulceras de Estresse

Deve ser realizada em todos os pacientes com sepse severa. Os antagonistas de receptor H2 são mais eficazes que o sucralfato. O uso de inibidores de bomba de prótons não se justifica pela ausência de trabalhos comparativos com os antagonistas de receptor H2.

Choque Pirogenico

É um quadro clínico apresentado por alguns pacientes submetidos a infusões, principalmente via endovenosa, mais comum de ocorrer com medicamentos, sangue, plasma, trocas de soro, troca de equipo.

Então, nestas condições, sempre que um doente começar a apresentar:

• calafrios (arrepios de frio);

• tremores (abalos musculares);

• febre de início súbito (que pode não aparecer); - queda de pressão arterial ou choque.

PROTOCOLO

1. Retirar todos equipos, frascos, etc. que estiverem conectados ao doente, substituindo por outros, inclusive os de PVC e PAM.

2. Avisar o médico.

3. Ern casos de infusão endovenosa, proceder como protocolo para hemoderivados e SPGV.

Observações

• Alguns pacientes corn febre podem ter convulsões.

• A reação com o sangue deve-se a tipos diferentes (reação hemolítica).

• Às vezes, os causadores do choque pirogênico não são os medicamentos e sim as substâncias que compõem os plásticos dos equipos, frascos, etc.

Choque Anafilático

Reações alérgicas com prurido intenso, vermelhidão no corpo, edemas (inchaços) ou problemas respiratórios, muitas vezes acompanhados de choque (queda da pressão arterial), são geralmente muito graves e necessitam de atendimento médico imediato.

É o quadro de anafilaxia que, quando acompanhado de choque, recebe o nome de choque anafilático. Apresenta risco de morte e normalmente é medicado como abaixo:

Epinefrina (adrenalina), via subcutânea, na concentração 1: 1.000:

• adultos: 0,2 a 0.5 ml;

• crianças: 0,1 a 0,3 ml.

• Se o doente apresentar uma queda de pressão arterial, a epinefrina (adrenalina) éutilizada por via intravenosa na concentração mais diluída: 1: 10.000.

• adultos: 0,3 a 0,5 ml, em aplicação lenta, durante 5 rninutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 15 rninutos.

• crianças: 0,1 a 0,2 ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, sehouver necessidade, a cada 30 minutos.

• Além disso, medidas específicas de urgência (ventilação, intubação, traqueotomia)podem ser necessárias para garantir a vide do doente.

Drogas VasoativasNoções básicas

O funcionamento celular depende de oferta de oxigênio e de nutrientes. A oferta de oxigênio depende do débito cardíaco, pressão de perfusão tissular, fluxo tissular e conteúdo arterial de oxigênio.

Na situação de estresse ocorre Centralização da Circulação, isto é, prioriza-se a oferta de nutrientes e oxigênio para o pulmão, cérebro e coronárias.

O Débito Cardíaco (DC) é o volume de sangue impulsionado pelo coração por minuto. Eledepende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo este últimoo volume de sangue que e impulsionado pelo coração a cada contração (DC = FC x VS).

O Volume Sistêmico depende da précarga (pressão e volume de enchimento), pós-carga (resistência ao esvaziamento) e contratilidade (capacidade contrátil). Desta forma, podemos concluir que vários fatores influenciam no débito cardíaco e, consequentemente, na oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos.

A distribuição de oxigênio para os tecidos, assim como o consumo, podem ser calculados indiretamente (Tabela 3). Por intermédio da aferição de parâmetros gasométricos colhidos de sangue arterial e venoso, e medindo-se o débito cardíaco por meio de técnica mais invasiva coma utilização de cateter central tipo Swan-Ganz, conforme técnica, teremos os dados para o cálculo correto de oferta e consumo de oxigênio. A finalidade primordial é manter um equilíbrioentre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

Tabela 3. 24

Cálculos de Oferta e Consumo de Oxigênio
Oferta de O_2 = DC x CaO_2 X 10 donde CaO_2 = Hb x 1,39 x SaO_2 + PaO_2 x 0,0031
Consumo de O_2 = DC x D (a-v)O_2 X 10; D(a-v)O_2 = CaO_2 - CvO_2; CvO_2 = Hb x 1,39 x SvO_2 + PvO_2 x 0,0031

Aplica-se o termo adrenérgico a um neurônio pré-sináptico que libera noradrenalina como transmissor, e chama-se de receptor adrenérgico os receptores de adrenalina e noradrenalina (divididos em 1, 2, 1 e 2). As principais drogas vasoativas são: Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Dopexamina, Isoproterenol,

Nitroprussiato de Sódio,

Nitroglicerina, Amrinone, Milrinone.Receptores alfa 1 adrenérgicos

Apresentam a função de constrição arteriolar (pele, rins e órgãos abdominais), aumentapressão arterial, perfusão cerebral e coronária.

Receptores alfa 2 adrenérgicos

São receptores pré-sinápticos que quando estimulados promovem feed-back negativo de (noradrenalina) NOR nas terminações nervosas levando a vasodilatação.

Receptores beta 1 adrenérgicos

São responsáveis basicamente por aumentarem a contratilidade cardíaca. Receptores beta 2 adrenérgicos

Promovem dilatação arteriolar, principalmente em nível muscular, além de broncodilatação eacentuar os efeitos cronotrópicos promovidos pelos receptores Beta 1.

Receptores dopa 1 (dopaminérgicos)

Fornecem vasodilatação arteriolar e inibe aldosterona e ADH (hormônio antidiurético).Receptores dopa 2

Estão relacionados a alterações hormonais.

As drogas vasoativas são drogas que têm sua ação fisiológica induzida, mensurável e podem ser divididas em:

• catecolaminas - Naturais – Noradrenalina, Adrenalina e Dopamina;

• Sintéticas – Isoprenalina, Dobutamina e Fenilefrina;

• vasodilatadoras - Nitroprussiato de Sódio, Nitratos, Nifedipina, Inibidoras da ECA;

• nao-digitálicas - Dopexamina, Amrinone e Milrinone.Noradrenalina (NOR)

A NOR aumenta o VS, diminuindo a taquicardia reflexa por meio de efeito vagal reflexo, diminuindo FC. Aumenta a pressão arterial (PA) sistólica, diastólica e média. Promove vasoconstrição renal, cutânea e esplâncnica, sendo que o fluxo renal é mantido, exceto quandousada em altas doses por tempo prolongado. A meia-vida é de 2 a 3 minutos o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. A NOR é pouco menos potente em receptor alfa que a adrenalina, tem pouco efeito beta 2 e é equivalente à adrenalina na ação beta 1. (Tabela seguinte)

Indicação:

• choque séptico (1ª escolha);

• outros choques como droga de resgate.

• Dose: 0.05 g/Kg/min 2 g/Kg/min

• 1 ampola = 4 mg 5 ampolas = 20 mg 20 mg (5 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 g/mL

• Exemplo: Paciente de 60 Kg 4,5 ml/h ate 180 ml/hAdrenalina (ADR)

Em doses < 0,2 g/Kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica. Emdoses > 0,2 g/Kg/min tem efeito alfa 1 mais importante, aumentando a pressão diastólica, DC e FC. O trabalho cardíaco é aumentado, mas a eficiência é ruim (relação trabalho e consumo deoxigênio pelo miocárdio). Faz broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mais pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise ediminui potássio, aldosterona e aminoácidos.

Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Temas mesmas indicações que a NOR.

Indicação:

• choque séptico (3ª Escolha);

• outros choques como droga de resgate.

• Dose:

• 0,05 g/Kg/min a 2 g/Kg/min 1 ampola = 1 mg 20 ampolas = 20 mg 20 mg (20 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 g/mL

• Exemplo: Paciente de 60 Kg - 4,5 ml/h ate 180 ml/h.

Comparação entre ADR e NOR

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina	Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
FC	+	-	Fluxo Cerebral	+	0
VS	++	++	Fluxo Muscular	+++	-
DC	+++	0	Fluxo Cutâneo	- -	- -
Fluxo Coronário	++	++	Fluxo Renal	-	-
PAS	+++	+++	Fluxo Esplâncnico	+++	0
PAM	+	++	Consumo de O_2	++	0
PAD	-	++	Glicemia	+++	0
PAP	++	++	Ácido Lático	+++	0
RVS	-	++			

Dopamina (DOPA)

Seus efeitos são complexos e dose dependente. Tem efeitos dopaminérgicos (dopa 1), beta 1 e 2, alfa 1.

• Os efeitos dopa 1 (1-3 g/Kg/min) levam a vasodilatação renal e esplâncnica, levando ao aumento da diurese, não só pelo aumento da vasodilatação, mas também pela natriurese, devido à inibição de ADH e aldosterona.

• Os efeitos beta (3-10 g/Kg/min) aumentam DC, FC e PA sistólica (discreta).

• Os efeitos alfa (>10 µg/Kg/min) aumentam a pressão arterial de forma importante, semelhante à noradrenalina. Estas doses (não-rígidas), dependem de outros fatores e devem ser ajustadas conforme avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, e a dose ajustada conforme a resposta desejada.

A meia-vida de 2 a 3 minutos, permite o reajuste a cada 10 minutos.

Apesar de aumentar a diurese, não há "proteção" renal e nem mesmo reversão da insuficiência renal aguda, mas continua-se indicando em casos de choque com insuficiência renal, pelo efeito farmacológico de natriurese e aumento da taxa de filtração glomerular, o que poderia tornar uma insuficiência renal oligúrica em não-oligúrica.

Considerando suas ações e a disponibilidade de Noradrenalina e Dobutamina, a Dopamina não teria lugar em UTI, a não ser como droga de resgate em choque refratário. Tem as mesmas indicações que a Noradrenalina e a Dobutamina.

Indicação:

• choque séptico (2ª escolha);

• outros choques como droga de resgate:

• choque cardiogênico (2ª escolha).

• Dose:

• 1 □g/Kg/min a 3 □g/Kg/min dose dopa 1

• 3 µg/Kg/min a 10 □g/Kg/min dose beta 1 e 2 (manor)

• >10 □g/Kg/min dose alfa 1

• 1 ampola = 50 mg : . 10 ampolas = 500 mg □ 500 mg (10 ampolas) em

500 mL S. Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9 % = 1.000□ g/mL - Exemplo:

• Paciente de 60 kg – 3,5 ml/h até 11 ml/h dose dopa

• Paciente de 60 kg - 11 ml/h ate 36 ml/h dose beta

• Paciente de 60 kg - 36 ml/h dose alfaIsoprenalina

Apresenta efeitos beta 1 e 2 puros, aumentando DC e VS. Aumenta FC e PAS (Pressão Arterial Sistólica) com diminuição da PAD (Pressão Arterial Diastólica). Potente vasodilatador pulmonar e broncodilatador, por isso parar ou diminuir infusão quando sinais e sintomas colaterais (FC e PA).

Indicação:

• choque com baixo débito e RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada(mesmo da Dobutamina), hipertensão pulmonar ou broncoconstrição que justifique o sal uso (diminui perfusão coronárias devido a queda de PAD);

• casos de bradicardia ou torsades de pointes aguardando marcapasso.

• Dose: 0,05 □g/Kg/min a 2 □g/Kg/min

• 1 amp = 1 mg □ 10 amp = 10 mg : . 10 mg (10 amp) em 250 ml SG 5% ou SF 0,9%= 40 □g/ml

• Exemplo: Paciente de 60 kg - 4.5 ml/h ate 180 ml/h.Dobutamina

Droga com efeitos quase beta 1 exclusivos, se não fosse pelo discreto Beta 2, o qual podepiorar uma hipotensão preexistente, principalmente em casos de choque hipovolêmico e

séptico (vasodilatação). No choque séptico ainda piora o efeito de "shunt" periférico (piora o consumo de O2 - VO2), isto é, mantém uma relação boa de DO2 / NO2, mas. na realidade, a pressão de fluxo capilar é baixa (dado não-aferido). Aumenta o DC e VS, sem alterar FC.

Indicação:

• choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico; - droga de resgate empacientes euvolêmicos.

• Doses:

• inicial - 1 g/Kg/min a 2 g/Kg/min.

• manutenção - 5 g/Kg/min a 10 g/Kg/min;

• diluição - 250 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% on SF 0.9% = 1.000 g/mL;

• Exemplo: Paciente de 60 Kg -3,5 ml/h até 36 ml/h.Fenilefrina

Droga alfa agonista adrenérgica que age aumentando a atividade pressora com baixoestímulo da FC e de arritmias.

Dopexamina

Catecolamina sintética com atividade B2 e B1 muito fraca, além de atividade de dopa 1 fraca. Com esse perfil farmacológico, apresenta capacidade de aumento do DC por redução do pós-carga e aumento do fluxo renal.

A meia-vida é menor que as catecolaminas naturais, permitindo o ajuste de dose em curtos espaços de tempo (1 minuto).

Indicação:

• choque com RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada, como o choquecardiogênico. Doses: 0,5 g/Kg/min a 6 g/Kg/min

• 1 amp=50 mg e 10 amp=500 mg Diluição 10 amp em 500 ml S.G. 5% ou S.F. 0,9%.

Nitroprussiato de sódio

Existem muitas etiologias para o choque (falência circulatória), porém se baseiam em apenas 3 mecanismos: a diminuição do volume circulante, diminuição do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica.

Um estado de baixo débito com resistência aumentada ocorre no choque cardiogênico, pode ocorrer em cirurgia cardíaca e pós-infarto agudo de miocárdio apesar de toda terapêuticapressora. Apesar da pré-carga ser o fator mais importante para o DC, em casos de insuficiência cardíaca, o DC fica muito dependente da resistência ao esvaziamento cardíaco. O estado de baixo fluxo estimula receptores alfa, aumentando a resistência vascular periférica, sendo o usode vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e acongestão pulmonar.

A diminuição da resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que aPA diastólica, melhorando a perfusão miocárdica. Apresenta efeito veno e arteriodilatador devido aumento de óxido nítrico com relaxamento da musculatura lisa. Os efeitos são em circulação pulmonar e sistêmica.

Meia vida de 1 minuto (ajustes cada 3 a 5 minutos).

Usar por até 72 horas, devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e trocar asolução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

Indicação:

• emergências hipertensivas;

• choques com resistência vascular periférica aumentada ou com pressão de enchimento ventricular elevada (hipervolemia e congestão pulmonar); - aneurisma dissecante de Ao.

• Dose: 1 □g/Kg/min ate 5 □g/Kg/min e titulada conforme necessário.

• 50 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% ou SF 0,9% = 200 g/mLExemplo: Paciente de 60 Kg - 18 ml/h ate 90 ml/h.

Relação entre as catecolaminas e os receptores adrenérgicos

Catecolamina	Receptor			
	alfa 1	beta 1	beta 2	dopa
Noradrenalina	+++	+++	+	-
Adrenalina	+++	+++	+++	-
Dopamina	-/+++	++/+++ *	++	+++
Dobutamina	-/+	+++	+	-
Isoprenalina	-	+++	+++	-

(+) grau relativo de estimulação; (-) ausência de estimulação.

Nitratos

• São vasodilatadores preferencialmente venosos (agem também nas artérias). Diminuemo tônus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da paredeventricular e finalmente redução do Pós-carga.

• Útil na Insuficiência Cardíaca aguda sem hipotensão, com pressão capilar pulmonar elevada e sinais clínicos de congestão pulmonar. Seu tempo de ação é curto.

• Uso SL ou EV.

Nifedipina

• Atuam bloqueando os canais de cálcio, inibindo a contração da musculatura lisa dosvasos (vasodilatação).

• Aumentam o transporte de O2 miocárdico por sua atividade vasodilatadoracoronariana.

• Indicados na Insuficiência Cioronariana (ICO) com discreta disfunção ventricular,bradicardia sinusal, doença do nó sinusal e bloqueio ÁtrioVentricular.

• Tem vida média de cerca de 6 horas.

• V.O. e S.L

• Inibidoras da ECA

• São potentes hipotensores que agem no ciclo renina (rim), angiotensinogênio,angiotensina I (ECA) e angiotensina II.

• Apresentações oral e endovenosa.

• Amrinone/Milrinone

• Aumentam o DC devido diminuição da RVS, corn pouca interfência na FC. É inibidor de fosfodiestase que apresenta efeitos inotrópicos além de vasodilatador.

• Dose 5 a 10 □g/Kg/min com bolo EV de 0,75 □g/Kg de peso.

• Diluição 2 amp (200 □g) em 250 ml de S.F. (800 g□).Parada Cardíaca

Introdução

Morte Cardíaca súbita é definida como uma parada cardíaca inesperada (que geralmente leva morte biológica), ocorrendo dentro de 1 hora após o início dos sintomas.

A morte biológica é definida como a perda irreversível da capacidade de respirar e sustentar os batimentos cardíacos. A parada cardíaca (PC) pode se apresentar de uma forma súbita ou progressiva, por meio da falência múltipla de órgãos e sistemas.

Abordaremos aqui apenas a PC intrahospitalar.

Em aproximadamente 1/3 dos casos, a arritmia encontrada é a fibrilação ventricular; o restante corresponde a assistolia e atividade elétrica sem pulso. Essa predominância de 2/3 é justificada pela gravidade das doenças que levam a PC. Em 80% das PC a doença aterosclerótica coronariana é a causa, sendo 10 % de cardiomiopatia e o restante por outras causas.

Manejo

O manejo destes pacientes deve seguir uma sequência para que atinja uma maior chance de sobrevida, seguindo protocolos de atendimento básico e avançado, sendo os mais difundidos o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Life Support). Em geral, o ACLS segue-se do BLS, porém, se o paciente encontra-se já intubado e monitorizado quando ocorre a PC, podemos pular alguns passos e proceder às medidas avançadas, como o uso de drogas e desfibrilação. (Tabela FV/TV e Assistolia, página 280).

Ações da Enfermagem BLS

Deve-se, em uma suspeita de PC, conferir se o paciente realmente se encontra inconsciente. Caso monitorizado, verificar a posição dos transdutores e eletrodos do monitor cardíaco para não promover uma iatrogenia. Se já em ventilação mecânica, verificar se está sendo eficaz ou há problemas com o respirador ou até mesmo a existência de pneumotórax que exija outra abordagem.

Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz.

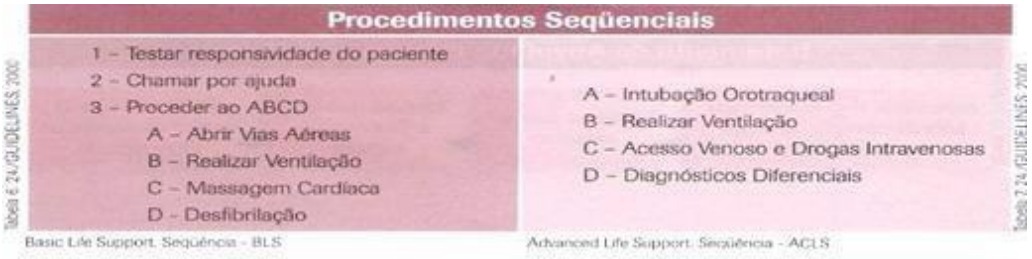
Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder à ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtiver ventilação adequada, inicie massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma relação 5: 1 (5 massagens cardíacas para uma ventilação), com frequência cardíaca entre 80 e 100 bpm (batimentos por minuto). Chegando o desfibrilador, verifique o ritmo e siga os protocolos conforme o ritmo identificado.

Antes mesmo de iniciar o ACLS, se for encontrado o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV), deve-se proceder ao choque com o desfibrilador com carga inicial de 200 J. Verifique o pulso e ritmo, se há sucesso, proceder aos passos conforme o

ritmo obtido e manter dados vitais estáveis. Caso não haja sucesso, proceder a novo choquecom 300 J e se continuar em FV ou TV, repetir com carga de 360 J.

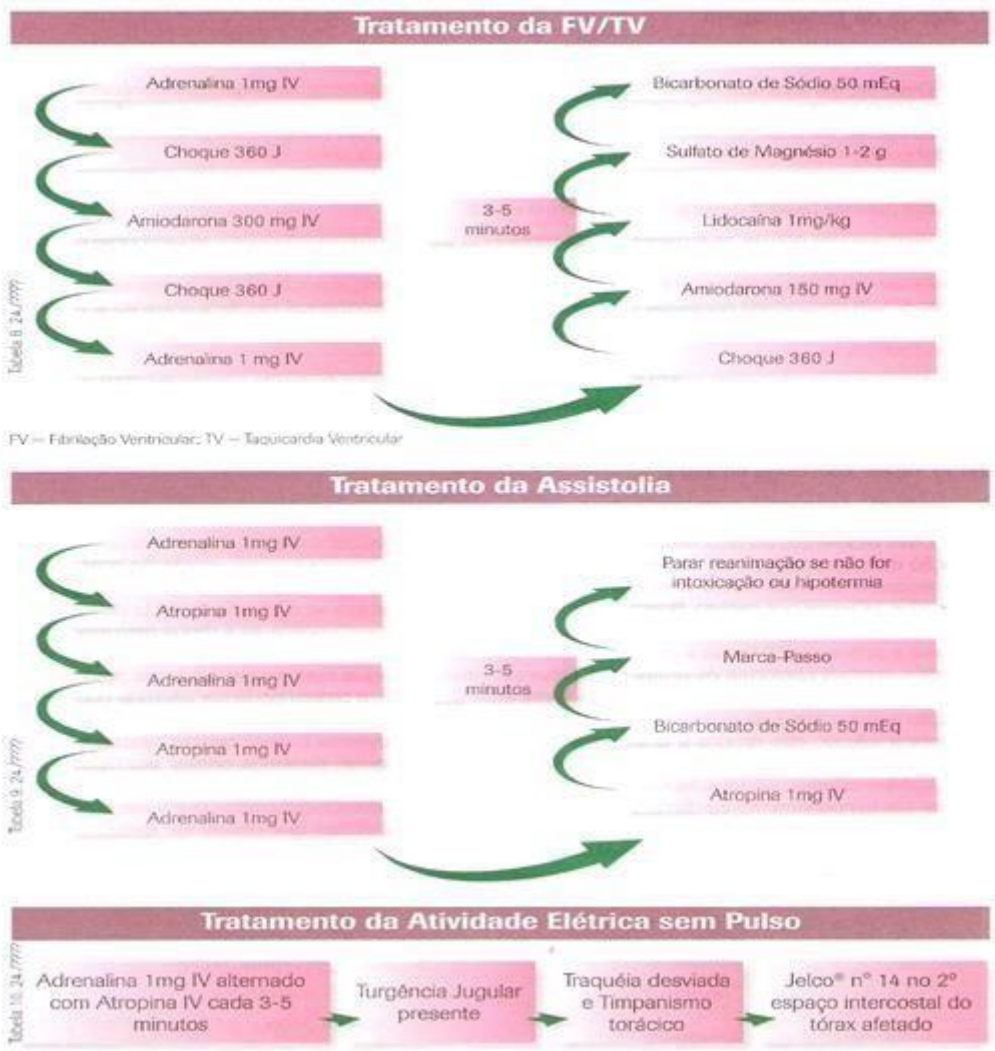
ACLS

Caso os eventos do BLS não tenham sucesso, deve-se proceder ao ACLS. O primeiro passoé a intubação endotraqueal (via aérea definitiva), verificar sua posição correta e iniciar ventilação com AMBU, não necessitando mais sincronismo com a massagem cardíaca, mantendo uma frequência respiratória entre 12 e 14 vezes por minuto. Busca-se um acesso venoso e realiza-se a infusão de 40 U de vasopressina ou 1 mg de adrenalina. Se não houver sucesso no acesso venoso, aplica-se a droga pelo tubo endotraqueal e aplicase 2,5 vezes a doseindicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia conforme osprotocolos. Deve ser observado que essa sequência serve para lembrar os eventos que devem ser realizados no paciente em PC, porém, a ordem pode ser alterada conforme a situação encontrada. Esta ordem torna o procedimento de reanimação mais efetivo na maioria das vezes. Durante a infusão das drogas e o tratamento das arritmias, devemos buscar causas alternativaspara a PC. Quando não encontramos turgência (ingurgitamento) jugular, devemos pensar em hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, acidose, hipotermia e intoxicação exógena. Nos casos em que há turgência jugular, pensar em tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar e trombose coronariana. Cada uma destas causas apresenta tratamento específico que devem ser tentados caso a reanimação não tenha sucesso após todasas manobras.



Basic Life Support. Seqüência - BLS

Advanced Life Support. Seqüência - ACLS


Tratamento da FV/TV
Adrenalina 1mg IV
Choque 360 J
Amiodarona 300 mg IV
Choque 360 J
Adrenalina 1 mg IV
3-5 minutos
Bicarbonato de Sódio 50 mEq
Sulfato de Magnésio 1-2 g
Lidocaína 1mg/kg
Amiodarona 150 mg IV
Choque 360 J
FV – Fibrilação Ventricular; TV – Taquicardia Ventricular
Tratamento da Assistolia
Adrenalina 1mg IV
Atropina 1mg IV
Adrenalina 1mg IV
Atropina 1mg IV
Adrenalina 1mg IV
3-5 minutos
Parar reanimação se não for intoxicação ou hipotermia
Marca-Passo
Bicarbonato de Sódio 50 mEq
Atropina 1mg IV
Tratamento da Atividade Elétrica sem Pulso
Adrenalina 1mg IV alternado com Atropina IV cada 3-5 minutos
Turgência Jugular presente
Traquéia desviada e Timpanismo torácico
Jelco® nº 14 no 2º espaço intercostal do tórax afetado

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Pesquisa bibliográfica ampla nas bases de referências MEDLINE.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Fornecer orientações sobre o diagnóstico e tratamento da Esclerose Múltipla (EM).

INTRODUÇÃO

A EM é uma doença de caráter geralmente progressivo, em que a inflamação e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central resulta em vários sinais e sintomas neurológicos. Após 10 anos do início dos sintomas, 50% dos pacientes poderão estar inaptos para fazer atividades profissionais e mesmo as domésticas 1,2(D).

A evolução da EM é extremamente variável e imprevisível. Identificam-se dois cursos bemdistintos da EM: o primeiro se denomina curso

remitente/recorrente, mais comum no adulto jovem, onde os sintomas e sinais neurológicos são transitórios, sendo imprevisível o momento e a característica do próximo surto; e o segundo, denominado curso progressivo, no qual os sintomas e sinais neurológicos instalados se intensificam, sem remissão sendo o quadro neurológico mais sistematizado, geralmente com comprometimento motor (sistema piramidal e/ou cerebelar) e manifesta-se mais frequente após os 40 anos2(D).

Em termos de frequência, o curso remitente é mais comum, sendo observado em aproximadamente 85% dos pacientes 2,3(D).

A região sudeste do Brasil é aquela que apresenta o maior número de pacientes diagnosticados. Em estudo realizado na população da capital do Estado de São Paulo, em julho de 1997, obteve-se uma prevalência de 15 pacientes por 100 mil habitantes. Este resultado nãopermite realizar estimativas de prevalências para outras regiões do país, pois é muito diversa a composição étnica do Brasil4(B).

DIAGNÓSTICO

Para se estabelecer o diagnóstico da EM os critérios são clínicos. Utilizam-se as informações da anamnese para caracterizar a presença dos surtos e o exame neurológico para estabelecer correspondência entre os surtos e a estrutura do SNC lesada. As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, no qual se exige a identificação de pelo menos dois surtos separados de pelo menos 1 mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distintas, em diferentes níveis topográficos da substância branca do SNC. As denominações prováveis e possíveis são reservadas a situações em que a evolução em surtos pode estar presente, mas não há evidência clínica definida de lesões distintas 3,5(D).

Recentemente, os critérios de diagnóstico passaram a contar com o auxílio laboratorial, como exemplo os Critérios de Poser et al, de 1983. Esses critérios estão representados por pesquisa de bandas oligoclonais nas imunoglobulinas do LCR, de estudo da imagem do encéfalo e medula espinal por ressonância magnética. Estes exames permitem evidenciar a existência deprocesso inflamatório no LCR e lesões em estruturas do SNC sem tradução clínica, permitindo que as exigências para os critérios de diagnóstico definido venham a ser preenchidas. Quando odiagnóstico se realiza com auxílio laboratorial recebe a denominação de EM laboratorialmente definida5(D).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico diferencial deve ser a conduta clínica mais importante e que precede a confirmação da EM. Várias são as doenças que tem uma apresentação temporal e espacial de seus sinais e sintomas:

• Doenças desmielinizantes com padrão de evolução monofásico como a encefalomielite aguda disseminada, a mielite transversa aguda e a neurite óptica; sendo que nesta última, em aproximadamente dois terços dos pacientes, há infecção viral precedente;

• A mielinóse pontina e extrapontina, leucodistrofias (adrenoleucodistrofia), mielopatia pós-radiação são exemplos de doenças crônicas que apesar de não terem caráter inflamatório, lesam a mielina e podem apresentar evolução monofásica ou progressiva;

• As vasculites sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Sjöegren, doença de Behçet e sarcoidose podem ter comportamento semelhante a EM, tanto no padrão temporal como espacial dos sinais e sintomas neurológicos;

• Doença vascular cerebral como embolia de origem cardíaca em jovens, endocardite, síndrome do anticorpo anti-cardiolipina e cadosil;

• Síndromes infecciosas como sífilis meningovascular, doença de Lyme, Sida, mielopatia pelo HTLV-I;

• Síndromes paraneoplásicas, quando os sintomas neurológicos precedem o aparecimento da neoplasia, apresentando anticorpos antineuronal (anticélula de Purkinje), anti-Yo na síndrome cerebelar subaguda; encefalite do troncocerebral, mielite, encefalomielite, apresentando anticorpos anti-Hu e anticorpo antinúcleo neuronal (ANNA-2);

• Malformações venosas, encefálicas ou medulares, da transição occíptocervical (malformação de Chiari);

• Processos expansivos encefálicos ou medulares, principalmente os de natureza benigna;

• Doenças carenciais como mielose funicular, que pode envolver tratos mielinizados da medula, apresentando características progressivas simulando a esclerose múltipla progressiva primária;

• A neurite óptica como sintoma inicial da esclerose múltipla tem como característica fundamental a presença de dor ocular, principalmente à movimentação do olho, devendo ser diferenciada de outras perdas oculares agudas que embora não apresentem dores, entram no diagnóstico diferencial tais como: neuropatia óptica anterior isquêmica, neuropatia óptica hereditária de Leber, coreoretinopatia serosa central, retinopatia associada à neoplasia (com anticorpos anti-recoverina);

• Doenças degenerativas como paraplegias e ataxias hereditárias3, 6 (D).

TRATAMENTO

Apesar de ser considerada como uma doença autoimune, a resposta clínica aos imunossupressores tem sido desapontadora. O controle da doença obtido com essas drogas sempre foi insuficiente apesar de que alguns deles demonstram maior eficiência7(D).

A introdução recente de imunomoduladores como o interferon beta produziu diminuição da frequência e severidade das recidivas e talvez da progressão da doença em pacientes ambulatoriais, portadores da forma surto/remissão": tanto o interferon beta 1a como o beta 1b diminuem a frequência dos surtos813(A).

O advento do acetato de glatiramer representou uma terapêutica que veio complementaro conjunto dos imunomoduladores, sendo recomendado como fármaco também de primeira opção no tratamento da esclerose múltipla ou como substituto para casos de falha do interferon, seja por ausência de resposta clínica, seja por efeitos adversos dos mesmos. Ensaios

clínicos descritos na literatura revelam um perfil de tolerância muito boa, sem evidências de alterações laboratoriais específicas ou efeitos clínicos adversos14,15(A).

Na forma progressiva secundária da doença, forma evolutiva, concomitante ou sequencialda forma surto/remissão, foi comprovada a eficácia parcial do interferon beta 1b16, 17 A).

Entretanto, na forma progressiva primária da doença as evidências da eficácia destes tratamentos, em pequenas séries de casos e até a presente data, não há comprovação clínica da eficiência terapêutica dos imunomoduladores 4(B)1,18(D).

Apesar de aproximadamente 20% dos pacientes apresentarem uma evolução favorável, é recomendado iniciar o tratamento precoce em todos os casos que preencham os critérios queserão abaixo citados.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO TRATAMENTO:

As seguintes situações são requeridas, cumulativamente, como critérios de inclusão:

• Portador de Esclerose Múltipla definida clínica ou laboratorialmente pelos critérios dePoser e colaboradores5(D);

• Idade entre 18 e 50 anos, no início do tratamento 9,11-13(A);

• Portadores de esclerose múltipla – forma definida clinicamente como surto-remissão" ou progressiva secundária 11,12,14,16(A);

• Doença caracterizada como ativa: pela história clínica e ou por neuroimagem com ressonância magnética 8,13,19(A);

• Ter apresentado pelo menos 2 surtos da doença antes do início do tratamento1,9- 11,13(A);

• Apresentar pontuação na escala EDSS20(D) (escala de incapacidade para esclerose múltipla) igual ou inferior a 6,5. Ter capacidade de deambular com ou sem ajuda11, 21,22(A)18,20(D);

• Paciente ou familiar capaz de assegurar que a adesão ao tratamento será mantida e que a monitorização dos efeitos adversos será adequadamente identificada tanto pela família comopelo médico neurologista que prescreveu o imunomodulador18(D);

• Paciente foi avaliado por neurologista em Centro Especializado em

Esclerose Múltipla credenciado pelo Comitê Brasileiro de Tratamento e Pesquisa em Esclerose Múltipla (BCTRIMS) e pelo gestor estadual;

• Foram excluídas outras doenças que clinicamente possam se assemelhar a Esclerose Múltipla, utilizando também o auxílio dos exames: ressonância magnética do neuro eixo e do líquido cefalorraqueano3, 6(D).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos deste tratamento todos os pacientes que apresentarem pelo menos umadas situações abaixo:

1. Esclerose Múltipla – forma progressiva primária1 ,9-11,13,18(A);
2. Esclerose Múltipla – forma surto - remissão caracterizada como doença muito avançada: com pontuação na escala EDSS 20(D) maior do que 6. 51,9-11,13,18(A);

3. Pacientes do sexo feminino onde a possibilidade de concepção não pode ser adequadamente controlada18, 24(A).

BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO 9,12,16,19,21 (A)22,25(B)23(D):

• Melhora sintomática;

• Diminuição da frequência e severidade das recidivas; - Redução do número deinternações hospitalares.

APRESENTAÇÃO:

Existem 3 diferentes produtos disponíveis contendo interferon beta recombinante:

1. Interferon Beta – 1b – administração subcutânea13(A);
2. Interferon Beta – 1a – administração subcutânea11(A);
3. Interferon Beta – 1a – administração intramuscular10(A).

O IFN beta-Ia é a forma glicosilada e mais semelhante ao IFN humano e mais hidrossolúvel.Estudo recente demonstrou a superioridade do IFN beta-Ib analisando a resposta de marcadoresplasmáticos da atividade do interferon25(B).

Entretanto, não há evidência de que estes achados se traduzam em superioridade clínica13(A). Assim, adotamos a assertiva da eficácia clínica semelhante das diferentes formas comerciais de interferon beta no tratamento da esclerose múltipla na forma surto/remissão11,13,18,24, 26(A).

O acetato de glatiramer existe comercialmente na apresentação de ampolas de 20 mg para injeção subcutânea, sendo esta a única via de administração. Não pode ser usada intramuscular ou intravenosa14(A).

O crescente interesse pelo estudo da EM em nosso meio, a identificação de maior númerode casos, a criação de centros especializados de tratamento e as questões relacionadas à políticade distribuição dos novos medicamentos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, levaram-nos a criar o BCTRIMS (Brasilian Committe for Treatment and Research in Multiple Sclerosis and Neuroimunological Disorders). O BCTRIMS visa organizar e fomentar a interação entre os pesquisadores de vários pontos do país, implementando estudos multicêntricos, assim como traçar condutas baseadas nas evidências científicas disponíveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento18(D).

POSOLOGIA 9,16(A)22,25(B)18(D):

Formas de administração:

Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon beta serão aceitos na seguinte forma:

Posologia [9,16] (A) [22,25] (B) [18](D):

Formas de administração:
Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon beta serão aceitos na seguinte forma:

Produto	Dose	Via	Intervalo	Conteúdo de IFN beta
IFNbeta1b	9,6MUI	Subcutânea	Dias alternados	250 µg
IFNbeta1a	12 MUI	Subcutânea	3 vezes por semana	44 µg
IFNbeta1a	6MUI	Intramuscular	1 vez por semana	30 µg

O interferon beta 1a é prescrito na dose de 11µg, subcutânea três vezes por semana. Seráaceita a continuação da prescrição nessa dosagem somente por mais 1 ano, a fim de facilitar o ajuste de dose para 44µg, subcutânea três vezes por semana, dose atualmente preconizada, seguindo cronograma estabelecido pelo médico assistente.

Acetato de Glatiramer deverá ser utilizado, da seguinte forma:

Produto	Dose	Via	Intervalo
Acetato de Glatiramer	20 mg	subcutânea	diariamente

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO 18(D):

Não há critérios definitivos na literatura para decidir sobre a suspensão do tratamento, exceto na vigência de efeitos adversos graves produzidos pelo interferon beta ou acetato de glatiramer.

MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO 9,16,18(A):

Recomenda-se hemograma e provas de função hepática avaliados mensalmente nos primeiros 6 meses e após, a critério clínico. O uso deve ser interrompido em caso de aparecimento de efeitos colaterais graves.

Não há necessidade, em geral, de exame do líquido cefalorraqueano ou de neuroimagempela ressonância magnética para o acompanhamento clínico destes pacientes.

Leucopenia, alteração das enzimas hepáticas, hipersensibilidade e depressão são efeitos potenciais dos imunomoduladores que, de acordo com seu médico assistente, deverá tomar a conduta mais adequada 18,23(D).

TEMPO DE TRATAMENTO 18(D):

Indeterminado.

AS RECOMENDAÇÕES DO BCTRIMS

QUANTO AO USO DE IMUNOMODULADORES NA EM (D):

• Os imunomoduladores devem ser exclusivamente prescritos por neurologistas clínicos;

• Os imunomoduladores devem ser prescritos somente para os pacientes com EMdefinido de acordo com os critérios diagnósticos de Poser e col.3(D);

• Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com as formas remitente-recorrentes e progressivas secundárias.

• Não há indicação de seu uso nas formas primariamente progressivas;

• Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com EDSS igual ouinferior a 6.5;

• O tratamento deve ser iniciado com doses mínimas preconizadas, mas que podem ser ajustadas, se necessário, durante a evolução;

• Não há imunomodulador de escolha no tratamento, podendo haver substituições noseu curso;

• Não há contra-indicação da associação de imunomoduladores a corticosteróides e/ou imunossupressores;

• O uso de imunomoduladores deve ser interrompido em caso de efeitos colaterais graves;

• O uso de imunomoduladores deve ser monitorado com hemograma e provas de funçãohepática, não havendo necessidade de RNM ou LCR na monitoração;

• Os imunomoduladores estão contra-indicados em mulheres grávidas e apenas devem ser prescritos para mulheres em idade reprodutiva que estejam em uso de métodos contraceptivos seguros;

• O tempo de tratamento ainda é indeterminado;

• Estas recomendações serão revistas e modificadas quando novas evidências e condutas se tornarem normas aceitas na literatura.

CENTROS DE REFERÊNCIA 23(D):

Recomenda-se a criação de centros de referência a serem cadastrados e credenciados pelo BCTRIMS, para avaliação do diagnóstico e quantificação da disfunção dos pacientes. Este trabalho será realizado por neurologistas clínicos nesses centros de referência, cuja aferição seráconsiderada como indispensável para a liberação dos medicamentos. O seguimento do pacientedeverá ser feito pelo seu médico assistente de origem, não havendo assim quebra nesse relacionamento. A ele compete a identificação dos efeitos colaterais e conduzir o esquema terapêutico, nas nuanças individuais, assim como a associação de medicamentos. Compete ao médico assistente apresentar ao paciente os riscos da terapêutica imunomoduladora e conjuntamente assinar o termo de consentimento informado, de acordo com a exigência do SASdo Ministério da Saúde23(D).

PROCEDIMENTO: Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Esta publicação buscou incorporar as melhores bases de dados disponíveis à época de sua execução. No entanto, estes dados devem ser interpretados cuidadosamente, os resultados deestudos futuros podem levar às alterações nas conclusões ou recomendações sugeridas por estedocumento. Foram utilizados principalmente das bases de dados MEDLINE (U.S. National Libraryof Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), manuaise documentos do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial de Saúde, teses e livros de textos relacionados ao assunto.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência. C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos oumodelos animais.

OBJETIVOS:

1. Estas diretrizes destinam-se à abordagem prática e atualizada dos estadosreacionais da

hanseníase.

2. Estabelecer terapêutica adequada ao paciente para minimizar os danos decorrentes das reações hansênicas e os efeitos colaterais dos fármacos empregados para o controle da reação.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Os avanços na terapêutica da hanseníase e a implementação de novas estratégias na condução dos programas de controle reduziram drasticamente sua prevalência em todo o mundo1(D). Entretanto, o comprometimento da função neural continua a ser um problema querequer atenção cuidadosa, tanto com o objetivo de se evitar ou minimizar a sua progressão, como para prevenir suas sequelas, as deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras e as incapacidades e deformidades que podem resultar desse comprometimento neural2(B)3(D).

O comprometimento do sistema nervoso periférico antes, durante e mesmo após o término do tratamento, ou seja, a alta da medicação específica (poliquimioterapia), é responsável pela maioria das deficiências e deformidades associadas à hanseníase4(C).

Na evolução da hanseníase, os nervos periféricos podem ser acometidos em número e gravidade variável, de acordo com a resposta imunocelular inerente a cada paciente5(D).

Episódios reacionais podem levar a um agravamento do processo inflamatório do nervo e, consequentemente, da função neural.

Por esses e outros fatores, faz-se necessário padronizar uma definição mais clara sobre as características da neuropatia da doença de Hansen, dos métodos diagnósticos disponíveis e de uma conduta terapêutica acessível e praticável.

DEFINIÇÃO

A neuropatia da hanseníase resulta, principalmente, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da faseevolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais, ou seja, areação tipo 1 ou reação reversa (RR) e a reação tipo 2 ou o eritema nodoso hansênico (ENH), que é uma manifestação clínica da reação tipo 26,7(D), podendo acometer ramos cutâneos ou o tronco do nervo, de maneira isolada mononeuropatia) ou múltipla (mononeuropatia múltipla).Estes episódios reacionais envolvendo os nervos são clinicamente conhecidos como neurites. Entre os outros mecanismos de lesão do sistema nervoso periférico na hanseníase deve ser considerado um outro fator agravante, de natureza extrínseca, qual seja, a compressão e o aprisionamento do nervo edemaciado por estruturas anatômicas vizinhas.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Na hanseníase, há o acometimento de fibras autonômicas, sensitivas e motoras. Entre as manifestações autonômicas, destaca-se a perda da sudorese, resultando em pele ressecada. O acometimento das fibras cutâneas resulta na perda da sensibilidade à dor, ao frio, ao calor e, mais tardiamente, também ao tato8(C). Quando há lesão do tronco dos nervos periféricos, há acometimento sensitivo, autonômico e motor no território do(s) nervo(s) afetado(s), resultandoem perda de todas as formas de sensibilidade (dor, frio, calor, tato, parestesia e posição segmentar) e de paresia, paralisia e atrofia muscular9(C)10 (B).

A neuropatia inflamatória (neurite) pode ser aguda ou crônica11(D)12(B). As neurites agudas se apresentam de forma abrupta, com quadro objetivo de hipersensibilidade à palpação,

dor intensa, espontânea ou desencadeada pela palpação13(B). Com frequência, as estruturas neurais desenvolvem edema, resultando em espessamento dos nervos, com alterações da função sensitiva ou sensitivo-motora, que podem ser reversíveis se houver controle do edema6(D). Já as neurites crônicas se caracterizam por um início insidioso e lentamente progressivo, apresentando, inicialmente, apenas leves alterações sensitivas, progredindo com alterações sensitivo-motoras e com sintomatologia dolorosa variável. A neuropatia não dolorosa, conhecida como neurite silenciosa", se caracteriza por alteração da função sensitiva ou sensitivomotora na ausência de fenômenos álgicos.

O acometimento nervoso aumenta com a evolução da doença, com a idade do paciente e é maior nas formas multibacilares14(C).

A presença ou ausência de dor é outro aspecto notável da neuropatia da hanseníase. A dor da neuropatia (neuralgia) pode ocorrer durante o processo inflamatório, associado ou não à compressão neural, ou então decorrer de sequela da neurite (dor neuropática)15(D). A distinção entre as duas situações é importante, pois implica em tratamentos particularizados. Ador pode ainda ser espontânea ou ser desencadeada pela palpação ou percussão do nervo (sinalde Tinel). Sensações desagradáveis podem estar presentes na ausência do estímulo (parestesias) e, ocasionalmente, distúrbios na percepção das sensações (disestesias) são também encontrados.

O exame físico destes pacientes deve incluir:

a. palpação dos troncos nervosos, particularmente do nervo ulnar, no túnel epitrócleoolecraniano; do mediano, na face anterior do punho, na entrada do túnel do carpo; do tibial posterior, no túnel do tarso e do fibular, no joelho, abaixo da cabeça da fíbula até a fossa poplítea16(B). Avalia-se a forma, a consistência, e o volume do espessamento do nervo17(D), e a mobilidade do nervo durante o movimento articular;

b. o mapeamento sensitivo do tato cutâneo, utilizando-se o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes – Weinstein nos territórios específicos dos troncos nervosos das mãos e pés, recomendado para o programa de controle da hanseníase18,19(D). Estudos demonstraram que este instrumento é útil para detectar e quantificar a perda sensorial20-22(D), permitindo avaliar resultados em seis níveis funcionais: sensibilidade normal,sensibilidade diminuída, sensibilidade protetora diminuída, perda da sensibilidade protetora, sensação de pressão profunda e perda da sensação de pressão profunda18(D);

c. o teste manual de força dos músculos dos membros superiores e inferiores mais frequentemente acometidos, recomendado pelo programa de controle da hanseníase18,19(D). Este método é utilizado para o diagnóstico de lesões nervosas periféricas23(D), embora sua confiabilidade esteja na dependência da habilidade e conhecimento do examinador22(D). Recomenda-se adotar o critério de graduação da força muscular de zero a cinco18(D).

Os resultados dos exames devem ser analisados em seu conjunto. No que se refere à ocorrência de dor neural, perda da sensibilidade e da força muscular nas mãos e pés, os critériospara suspeitar de e/ou confirmar alterações da função neural são24(D):

1. NO DIAGNÓSTICO:

A presença de dor no trajeto do nervo e/ou história de alteração da sensibilidade e/ou daforça muscular, num período menor ou igual a 12 meses, comprovados no momento daavaliação, deverão ser tratados como caso de neurite;

Quando na avaliação o paciente não sentir o toque do monofilamento igual ou maior quedois gramas, em dois territórios específicos de um mesmo nervo.

2. EM TRATAMENTO E APÓS ALTA:

A presença de dor aguda no trajeto do nervo e/ou diminuição ou perda da sensibilidadee/ou força

muscular em comparação à última avaliação;

É considerada alteração da sensibilidade, a alteração em dois pontos do trajeto de ummesmo nervo em comparação à avaliação anterior.

As formas das neuropatias da hanseníase devem ser caracterizadas segundo o tempo de evolução, o tipo de reação e a sintomatologia álgica:

1. TEMPO DE EVOLUÇÃO:

• Agudas e subagudas, com menos de três meses de evolução (neurites); - Crônicas, commais de três meses de evolução.

2. TIPO DE REAÇÃO:

• Tipo 1 ou reação reversa (RR);

• Tipo 2 ou de eritema nodoso hansênico (ENH).

3. SINTOMATOLOGIA ÁLGICA:

• Dor aguda ou crônica, incluindo aquela da sequela da neurite (dor neuropática);

• Neuropatia silenciosa (neurite silenciosa").

Diagnosticada a hanseníase, a neuropatia está sempre presente. Independentemente dapresença de queixas, todos os pacientes devem obrigatoriamente ser submetidos a avaliação emonitoramento da função neural, durante o tratamento e mesmo após o término da poliquimioterapia4(C).

PROCEDIMENTO: Assistência ao Pré Natal

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender e acompanhar as gestantes fazendo a classificação de risco da gestação e proporcionando o desenvolvimento de uma gestação saudável.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Algumas ações devem nortear a conduta do profissional da atenção básica:

- Acolher a usuária no Ambulatório;
- Realizar o teste rápido de gravidez;
- Cadastrar todas as gestantes;
- Disponibilizar o cartão da gestante e preenchê-lo adequadamente em todas asconsultas, garantindo a qualidade da informação;
- Realizar classificação do risco gestacional a cada consulta, garantindo encaminhamentoao pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com o serviço de referência;
- Realizar a 1ª consulta, preferencialmente, até 120 dias de gestação;
- Solicitar os exames de rotina de acordo com a rotina, garantindo o resultado em tempooportuno e tratamento, se necessário;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis de acordo com as diretrizes do programa DST/Aids,de forma segura, garantindo o sigilo;
- Garantir o tratamento de HIV e Sífilis em unidade referenciada;
- Sensibilizar o pai para participação do acompanhamento de pré-natal, parto enascimento (Lei n° 11.108 de 07 de abril de 2005 – direito à presença do acompanhante);
- Realizar ações educativas direcionadas às gestantes e familiares, incluindo visitas à unidade de referência para o parto (Lei n° 11.634 de 27 de dezembro de 2007 - direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS);
- Ofertar as vacinas preconizadas pelo PNI para as gestantes (dT, Hepatite B e Influenza, nos períodos de campanha);
- Garantir o agendamento e a realização de consultas subsequentes, de pré-natal, intercalando o atendimento entre médico e enfermeiro;
- Encaminhar para unidade de referência para consulta odontológica para todas as gestantes;
- Garantir o agendamento e a realização de consultas especializadas para as gestantes, quando necessário;
- Proceder ao acolhimento das intercorrências na gestação, com avaliação e classificaçãode risco (conforme AIDPI neonatal) e vulnerabilidade;
- Realizar acompanhamento integrado às gestantes usuárias de álcool e outras drogas e em sofrimento psíquico.

CUIDADOS

É indispensável que a avaliação de risco seja permanente, acontecendo em toda consulta. Devem ser encaminhados para o pré-natal de alto risco, os casos de:

Fatores Relacionados às Condições Prévias: Cardiopatias; Pneumopatias graves (incluindoasma brônquica); Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantadas); Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); Doenças neurológicas (como epilepsia); Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); Alteraçõesgenéticas maternas; Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG commalformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Hanseníase; Tuberculose; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores Relacionados à História Reprodutiva Anterior: morte intrauterina ou perinatal emgestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida. História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematurada gestação, morte fetal intrauterina, Síndrome Hellp, eclampsia, internação da mãe em UTI);

Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade.

Fatores Relacionados à Gravidez Atual: restrição do crescimento intrauterino; Polidrâmnio ou oligodrâmnio; Gemelaridade; Malformações fetais ou arritmia fetal; Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso como medida isolada. Em caso de suspeita de préeclâmpsia/ eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica. Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser, inicialmente, encaminhada aa Policlínica de referência, para avaliação); Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); Infecções como a rubéola e acitomegalovirose adquiridas na gestação atual; Evidência laboratorial de proteinúria; Diabetes mellitus gestacional; Desnutrição materna severa; Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); NIC III (nestes casos, devese encaminhar a gestante ao oncologista); Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografiacom BIRADS III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); Adolescentes com fatores de risco psicossocial. Fonte: (BRASIL, 2012).

PRIMEIRA CONSULTA

- Cadastro da gestante no SISPRENATAL Web;
- Preenchimento do prontuário e do Cartão da Gestante;
- Anamnese;
- Exame Físico;
- Solicitação de exames complementares e realização de teste rápido de

HIV/Sífilis;

- Orientações gerais;
- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre ControlesMaternos:
- Anotar a idade gestacional e a data provável do parto;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal;
- Medida da pressão arterial;
- Medida da altura uterina;
- Pesquisa de edema;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais;
- Verificação do calendário de vacinação;
- Solicitação de novos exames complementares, de acordo com o trimestre.Controle fetal:
- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Registro de movimentos fetais;Condutas:
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, conforme indicação;
- Orientação alimentar;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos, ressaltando aimportância do preparo das mamas para o aleitamento materno;
- Agendamento das consultas subsequentes.

CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Avaliação dos exames solicitados nas consultas anteriores;
- Acompanhamento do esquema vacinal;
- Supervisão dos tratamentos estabelecidos.

Interpretação dos Exames Laboratorias e Condutas

- Tipagem Sanguínea
- Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido: solicitar teste deCoombs indireto. Se negativo, repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24° semana. Se positivo, encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco. Teste rápido para Sífilis
- Se TR positivo, colete amostra sanguínea para a realização do VDRL e teste parceiros sexuais. Se TR negativo realize sorologia no 3° trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. Sorologia para Sífilis (VDRL)
- VDRL negativo: Anotar no cartão, informar a gestante, orientar para o uso de preservativo. Repetir o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, devido aos riscos de infecção/reinfecção.
- VDRL positivo: Solicitar o exame do parceiro e o teste confirmatório

(FTA-ABS ou MHATP). Se o teste for não reagente" descartar a hipótese de sífilis, considerando reação cruzada pela gravidez e outras doenças. Se o teste for reagente" confirmao diagnóstico de sífilis, devendo ser instituído o tratamento e acompanhamento.

- Na impossibilidade de realizar teste confirmatório, se a história passada de tratamentonão puder ser resgatada deve-se considerar resultado positivo em qualquer titulação como sífilisem atividade, e iniciar o tratamento na mulher e seu (s) parceiro(s) sexual (ais). Urina Tipo I e Urocultura
- Proteínas: Se apresentar traços": repetir o exame em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto-risco. Assim como, se apresentar traços" com hipertensão e/ou edema ou ainda, se apresentar proteinúria maciça": referir ao pré-natal de alto risco.
- Bacteriúria/leucocitúria/piúria ou cultura positiva (maior 105 col/ml): avaliar e tratar a gestante para ITU empiricamente, até resultado do antibiograma. Solicitar Exame de Urina tipoI após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, apósajuste de medicação com resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natalde alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante aa Policlínica dereferência para intercorrências obstétricas.
- Hematúria: se for piúria associada, considerar ITU e proceder da mesma forma como foi apresentado acima. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
- Cilindrúria: referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- Outros elementos: não necessita de cuidados especiais. Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito
- Hemoglobina maior igual à 11g/dl: Ausência de anemia, mantendo suplementação de 40mg/dia de ferro elementar e 5mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana. Recomenda-se a ingestão, uma hora antes das refeições.
- Hemoglobina 8g/dl: Anemia leve a moderada.Solicitar parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar/dia); três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das refeições. Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo,

manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (60mg ao dia). Repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao prénatal de alto risco.

- HemoglobinaSorologia para Hepatite B (HBsAg)
- Se o HBsAg for positivo, realize aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatite. Se HBsAg negativo, realize aconse- lhamento pós-teste e vacinação da gestante, caso não tenha sido vacinada. Repetir a sorologia no 3° trimestre. Sorologia para Toxoplasmose
- É feita a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positivo, é considerada doença ativa e o tratamento deverá ser instituído e encaminhado para serviço de referência (Centro de Saúde Anita Garibaldi). Vacinação na gestação

Condutas:

- As vacinas indicadas na gestação são a dupla tipo adulto (dT contra a difteria e tétano), Hepatite B e Influenza (períodos de campanha), para todas as mulheres que não tem vacinação prévia ou tem esquema vacinal incompleto. Esquemas da Vacinação dT
- Sem nenhuma dose: Iniciar o esquema, independente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
- Menos de três doses: Completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, de 30 dias;
- Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos: não é necessário vacinar;
- Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos: uma dose de reforço. Esquema da vacinação contra Hepatite B
- Sem nenhuma dose: iniciar o esquema após o primeiro trimestre de gestação, sendo de três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
- Esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
- Esquema completo: não se deve vacinar. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso. Vacinação contra Influenza
- Gestantes em qualquer período gestacional: dose única, durante a Campanha anual contra a influenza.
- Em caso de necessidade de outras vacinas, deve-se verificar o Manual do

Programa Nacional de Humanização (PNI). NOTIFICAÇÃO CONPULSÓRIA Nos casos de HIVe Sífilis, em gestante, toxoplasmose adquirida na gestação e outras doenças de notificação compulsória presentes neste período, devem ser notificadas de acordo com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

<u>Tratamento da Anemia</u>:

- Iniciar tratamento na 20º semana de gestação

- 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg) = 40mg de ferro elementar hb entre 811g/dlanemia leve-moderada hb < 8g/dl anemia grave
- Solicitar parasitológico de fezes
- Tratar anemia com 120-200mg de ferro elementar/dia
- 5 drágeas de dulfato ferroso de 40mg via oral
- Repetir dosagem de hb entre 30–60 dias se atingir hb=11g/dl
- Fazer dose suplementação com 1 drágea 40mg de ferro elementar
- Repetir dosagem no 3o semestre se hb permanecer em níveis estacionários ou sediminuir, referir ao pré-natal de alto risco referir gestante ao pré-natal de alto risco.

Prevenção de Pré Eclampsia/Ecamplansia

A prevenção primária efetiva para o desenvolvimento da préeclâmpsia/eclâmpsia não representa uma realidade. Ainda assim, a OMS, priorizando a estratégia de evidências científicas com força de recomendação, apresenta a viabilidade das intervenções listadas abaixo:

- Em áreas onde a ingesta dietética de cálcio é baixa, a suplementação de cálcio durante a gravidez, na dose de 1,5-2,0 g/dia, é recomendada para a prevenção da pré-eclâmpsia em todas as mulheres, especialmente, naquelas de alto risco para desenvolvimento da doença.
- Baixas doses do ácido acetilsalicílico (aspirina-75mg) são recomendadas para a prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres de alto risco para o desenvolvimento dessa condição clínica.
- O sulfato de magnésio é recomendado para a prevenção da eclâmpsia, em mulheres com pré eclâmpsia grave, em preferência aos outros anticonvulsivantes.
- A orientação para que o consumo excessivo de sal na dieta seja evitado deve constar como recomendação geral para uma prática dietética saudável. Entretanto, a restrição dietética de sal, na gravidez, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações não é recomendado.
- A suplementação dietética das vitaminas C, D e E, durante a gravidez, não é recomendada para prevenir o desenvolvimento da pré-eclâmpsia e suas complicações.
- O uso de diuréticos, particularmente os tiazídicos, não é recomendado como estratégia para prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações.

Manejo Ambulatorial

Recomenda-se o manejo clínico ambulatorial para as formas de préeclâmpsia leve e hipertensão arterial crônica com préeclâmpsia leve superajuntada. Os serviços de saúde devem viabilizar o agendamento mais frequente para essas gestantes, recomendando-se o acompanhamento quinzenal ou mais frequente, se necessário. A orientação para o repouso das atividades profissionais e afazeres domésticos deve ser individualizada, respeitando-se a autonomia da gestante, uma vez que, tal medida, não representa uma estratégia com evidência científica de eficácia para a prevenção primária da pré-eclâmpsia e suas complicações. A abordagem ambulatorial deve contemplar a multidisciplinaridade, destacando-se a propedêutica da vitalidade fetal (o mais frequente possível), a orientação nutricional (dieta hiperproteica, normossódica, sem restrição hídrica) e o apoio psicossocial (atuação sobre os

fatores de risco associados). A propedêutica complementar, nesses casos, deve priorizar a investigação de lesão em órgãos-alvo.

O controle dos níveis pressóricos com drogas anti-hipertensivas deve ser realizado com as medicações disponíveis conforme a realidade local e, sobretudo, de acordo com a experiênciae segurança do prescritor.

O seguimento ambulatorial permanece indicado, enquanto mantidos os níveis tensionaisestáveis (TAD < 90 mm/ Hg), os exames laboratoriais sem sinais de alerta (Quadro 1) e ausentesos sinais de comprometimento da vitalidade fetal. A ausência dessas condições pressupõe a evolução para a forma grave da doença, quando está indicado o tratamento.

PROCEDIMENTO: Atenção ao Puerpério **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS:**

Evitar sequelas e, até mesmo, a morte materna e reduzir a mortalidade infantil.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

É importante salientar que, assim como o pré-natal, o puerpério é um período que requeratenção especial da Equipe de Saúde. **No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da Primeira Semana de Saúde Integral com vistas à redução da mortalidade infantil.** Durante esta semana, o profissional deverá avaliar o estado de saúde do binômio mãe/filho:

- orientar e apoiar a família quanto à amamentação;
- orientar os cuidados básicos com o recém-nascido como, a triagem neonatal, triagemauditiva, checagem da vacinação BCG e Hepatite B;
- avaliar a interação da mãe com o RN;
- identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.Além disso, adotar os seguintes procedimentos:
- Avaliar a necessidade de drogas hipotensoras nas primeiras 72 horas após o parto;
- Atentar para o maior risco de hemorragia puerperal tardia;
- Atentar para os eventuais picos hipertensivos, cessado o efeito anestésico;
- Orientar sobre a necessidade de seguimento clínico na hipótese de a hipertensãopersistir após um mês do parto;
- Prescrever reposição com sulfato ferroso (600mg/dia), dois comprimidos de 300mg aodia, por até 4 meses;
- Orientar sobre a importância da anticoncepção efetiva a fim de se obter o adequadointervalo interpartal;

- Atentar para a possibilidade de sequelas em longo prazo, sobretudo, neurológicas.

CUIDADOS

Para as formas graves da Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia deve-se encorajar o retorno para a atenção puerperal, preferencialmente, no serviço onde se resolveu a gestação, respeitando-se a autonomia da vontade e a conveniência de deslocamento da paciente.

Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica

- Acompanhar os pacientes.
- Atender nos ambulatórios especializados, se possível sob supervisão direta do estafe.
- Participar, se programado, das atividades de laboratório elou de procedimentosespecializados.
- Participar de todas as reuniões da Seção e do Serviço.
- Supervisionar, participando ativamente os residentes.
- Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas da enfermaria onde estiver lotado e zelarpelo cumprimento das rotinas do serviço.
- Fazer a nota de admissão de todos doentes de sua responsabilidade até as 16hs,utilizando o seguinte roteiro
- Identificação completa do paciente
- Historia clinica completa
- Exame físicos
- Revisão do prontuário
- Impressão diagnostica
- Solicitação de exames de rotina
- Hemograma completo, hemossedimentação, ureia, glicose, creatinina, urina - EAS, fezes – parasitológico, raios-X, de tórax, . eventualmente quando indicadosolicitar exames especiais
- Anotar na papeleta os exames solicitados e ordens medicas

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO V

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROTOCOLO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

OBJETIVO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) foi elaborado para padronizar as condutas de acolhimento aos usuários que utilizam os serviços oferecidos pela Unidade Ambulatorial da Policlínica Regional- Unidade Cidade de Goiás.

A diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) /HumanizaSUS preconiza que "acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde."

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre asequipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

É o acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos, mas também ultrapassando seus limites institucionais, constituído como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Nesse sentido entende-se que os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepçãoaté a alta (MS/BRASIL).

O acolhimento deve ser pensado, também para o cliente interno, ou seja, para todos os profissionais que atuam nas dependências da Unidade Ambulatorial. Desta forma o HumanizaSUS entende que promover a valorização e saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circulara palavra, criando espaços para debates coletivos, buscando novos modos de fazer e se relacionar no trabalho (MS/BRASIL). Assim, a gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Serviço de Portaria e Recepção

- Acolher o usuário externo e interno em suas necessidades.
- Tratar a todos com equidade, respeito e cordialidade.
- Fazer a triagem das filas na recepção e orientar o fluxo.
- Encaminhar ou conduzir o usuário para o setor requisitado.
- Prestar informações acerca de agendamentos e dos formulários de encaminhamento de consultas ambulatoriais.

Serviços Assistenciais

- Supervisionar o cumprimento da rotina estabelecida.
- Acolher o usuário externo e interno, com respeito e cortesia.
- Fazer a triagem das filas nas unidades internas e orientar o fluxo.
- Encaminhar ou conduzir o usuário para o setor requisitado.
- Prestar informações acerca de agendamentos e dos formulários de encaminhamentode consultas ambulatoriais.
- Auxiliar nas necessidades de transporte intra-ambulatório ou hospitalar.
- Auxiliar em casos de urgência (intercorrência ambulatorial).
- Verificar as necessidades dos usuários (suporte de oxigênio, maca ou cadeira) e, se necessário, providenciar a prioridade no atendimento.

SERVIÇO SOCIAL

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que odiferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúe.

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social no serviçoambulatorial são:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiara prática dos demais profissionais de saúde.
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares eacompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal.
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia dedireitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinasde ação.
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais.
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo ServiçoSocial.
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua famíliaa se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação ereabilitação da saúde.
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio dacriação e implementação de protocolos e rotinas de ação.
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de usoexclusivo do Serviço Social.
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia dedireitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Logo da Unidade Assistencial deSaúde	PROCEDIMENTO OPERACIONALPADRÃO SERVIÇO SOCIAL	POP.1 Emissão
Realizar visitas aos pacientes internados na Enfermaria		Revisão: Data:

Executante

Assistente Social

Resultados esperados

Paciente e acompanhante devidamente orientado sobre o normas e rotinas da unidade

Recursos Necessários

- Prancheta e caneta

- Formulário de acompanhamento social

Atividades

-apresentar-se quando procurado;

-Dialogar com o paciente e seu acompanhante seguindo o roteiro do formulário de acompanhamento social,;

-Ouvir as demandas apresentadas pelo paciente e acompanhante

-Esclarecer dúvidas que o paciente e seu acompanhante têm sobre os serviços oferecidos pela unidade,bem como orientação sobre as normas e rotinas da instituição

- Orientar e/ou esclarecer dúvidas sobre os direitos;

- Colocar-se à disposição do paciente e acompanhante, para mais esclarecimentos pós atendimento.Podendo inclusive, procurar o Serviço Social posteriormente.

- Despedir-se do paciente

Cuidados

-Usar linguagem clara e objetiva

- Tratar o paciente pelo nome -No caso de impossibilidade de atender todos os pacientes priorizar aqueles que apresentam problemática passada pela equipe de saúde		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SERVIÇO SOCIAL	POP 7 Emissão
Incluir pacientes na rota do transporte de hemodiálise		Revisão: Data:
Executante Assistente social Resultados esperados - Paciente ter garantido transporte para realização de seu tratamento na unidade.		

Recursos Necessários:

- Encaminhamento médico para inclusão na rota - Cartão do paciente - Lista de pacientes do transporte, - Caneta - Ficha de controle de frequência do transporte
Atividades - Receber o paciente no Serviço Social - Solicitar o cartão do paciente - Solicitar encaminhamento médico - Realizar avaliação social procurando diagnosticar a necessidade de transporte - Contactar o motorista para a vaga; - Anotar na lista de controle de pacientes: nome, endereço, telefone, nome do cuidador, e tratamento - Orientar como funciona a rota, e solicitar que o paciente ou cuidador compareça ao serviço social para assinar freqüência do transporte, e avisar em caso de não mais necessidade pelo paciente. - Despedir-se do paciente.
Cuidados - Verificar o horário do tratamento do paciente -Caso de inexistência de vaga, incluir o paciente na lista de espera, procurando priorizar de acordo com a necessidade do mesmo; - Em caso de problema mecânico no transporte, entrar em contato como paciente, para que os mesmos possam viabilizar um outro transporte, para a vinda do paciente, e com isso o mesmo não faltar seu tratamento
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial deSaúde	PROCEDIMENTO OPERACIONALPADRÃO SERVIÇO SOCIAL	POP 8 Emissão
Tarefa Captação do paciente em abandono de tratamento		Revisão: Data:
Resultados: - Resgate do paciente para a continuidade do tratamento. Recursos Necessários -Encaminhamento -Prontuário do paciente -Telefone		
Atividades - Receber o paciente no Serviço Social □ Receber o encaminhamento □ Analisar a situações do paciente previamente pelo Prontuário □ Contactar o paciente por telefone □ Checar motivos de abandono do tratamento □ Registrar intervenção no prontuário □ Dar retorno ao encaminhante sobre resultado do contato		
Cuidados Utilizar-se de todos os meios de contato Ações em caso de não conformidade Se ocorrido óbito, avisar ao médico e ao SAME		
Responsável pela elaboração:		
	Aprovação	

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

O principal objetivo do serviço de Psicologia no ambulatório é promover suportepsicológico aos pacientes, além do apoio emocional aos familiares, buscando minimizar o sofrimento provocado pelo processo de adoecimento.

Os atendimentos psicológicos serão realizados por meio de busca ativa pelos próprios psicólogos ou mediante solicitação de interconsulta (por escrito e entregue nasala da subunidade Psicologia).

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

.I Avaliação Psicológica ao paciente e/ou familiar

1- Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos e conhecimento sobre histórico prévio da doença
2- Identificar possibilidade de realização do atendimento (se paciente não está em procedimento) e se o paciente está em condições de atendimento (sem alteração do nível de consciência, orientado com capacidade de comunicação, com sintomas controlados que não apresente comprometimento cognitivo grave). Casoa avaliação seja realizada com o familiar, a mesma deve ser programada para ser realizada em um horário que este esteja presente e disponível para o contato com o psicólogo.
3- Realizar avaliação psicológica.

A avaliação inicia-se com o estabelecimento de um contato psicológico, que consiste em uma explicação para o paciente/familiar do que se trata a avaliação psicológica, incluindo a apresentação do profissional, disponibilização do atendimento, aceite do paciente/familiar.

Objetiva-se identificar aspectos como: compreensão do diagnóstico e, quando possível, prognóstico; percepção do momento da doença, demandas de sofrimento; capacidade de adaptação e reações ao adoecimento e recursos de enfrentamento existentes e potenciais; alterações na autoimagem; estilo de vida, alterações de hábitos e papeis desempenhados; relacionamentos afetivos; rede de apoio, crenças pessoais e religiosas; expectativas quanto ao processo vivido, possíveis fatores estressores e reações emocionais; histórico de comorbidade psiquiátrica; perdas pregressas significativas; luto pelas perdas reais ou simbólicas vividas; questões institucionais e relacionamento com equipe.

Vale ressaltar que a avaliação psicológica pode durar mais que um atendimento, dependendo das condições do atendimento e das demandas que surgem.

Ao se encerrar o atendimento, registrar se haverá seguimento no acompanhamento psicológico.

4- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente.
5- Encaminhar, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.
6- Efetuar registros em prontuário, de acordo com o artigo 12 do Código de Ética

II Acompanhamento psicológico ao paciente e/ou familiar

- O acompanhamento se dará através de atendimentos ao paciente e/ou ao familiar, a partir da avaliação psicológica e da discussão de caso com a equipe multiprofissional. A frequência e duração serão determinadas de acordo com a demanda apresentada, dentro do período de tratamento do paciente.

- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.

- Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.

- Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.

- O acompanhamento psicológico será encerrado quando:

a) o paciente/familiar não apresentar mais desejo de ser atendido.

b) o paciente/familiar não apresentar mais condições de ser atendido.

c) o psicólogo considerar que não há mais demanda de acordo com os objetivos do acompanhamento.

d) o paciente tiver alta ambulatorial.

III Acolhimento

1- O acolhimento psicológico será realizado em casos em que o paciente/familiar apresente mobilização afetiva intensa, fazendo com que a realização da avaliação inicial ou atendimento psicológico não seja indicada ou possível. Tende a ser realizadoprincipalmente no contexto de comunicação de notícias difíceis, óbito, descompensação clínica, pré ou pós-cirúrgico, etc.

2- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.

3- Encaminhamento, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins.

4- Efetuar registros em folha de evolução no prontuário do paciente, descrevendo aspectos do atendimento pertinentes ao restante da equipe multiprofissional.

SERVIÇO DE BIOMEDICINA

PATOLOGIA CLÍNICA (ANÁLISES CLÍNICAS)

- O profissional biomédico com habilitação em Análises Clínicas e Banco de Sangue tem competência legal para assumir e executar o processamento de sangue, suas sorologias e exames pré-tranfussionais e é capacitado legalmente para assumir chefias técnicas, assessorias e direção destas atividades.

ANÁLISES BROMATOLÓGICAS E MICROBIOLOGIA DE ALIMENTOS

 Realizar análises físico-químicas e microbiológicas (análises bromatológicas) ou somente microbiológicas (microbiologia de alimentos) de amostras para aferição da qualidade dos alimentos.

MICROBIOLOGIA (FUNGOS, BACTÉRIAS, VÍRUS E PARASITAS)

 Identificar microrganismos para o diagnóstico clínico e desenvolvimento de pesquisas.

PARASITOLOGIA

 Identificar parasitas para o diagnóstico clínico, desenvolvimento de pesquisas e auxílio a programas governamentais de saneamento para erradicação de doenças e educação sanitária.

BANCO DE SANGUE

* Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 5 Resolução CFBM nº 78, de 29 de abril de 2002 Resolução CFBM nº 227, de 7 de maio de 2013 RDC Anvisa nº 57, de 16 de dezembro de 2010 Assessorar e executar trabalhos específicos e relacionados ao processamento semi-industrial e industrial do sangue e correlatos

 Executar procedimentos técnicos de banco de sangue, transfusão, infusão de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, bem como assumir a chefia técnica e a assessoria* dessas atividades

 Realizar análises hematológicas pré e pós-transfusionais ou para orientar tratamento (Hematologia) *a responsabilidade técnica é exclusiva de médicoespecialista em hemoterapia ou hematologia.

IMUNOLOGIA

 Realizar análises do sistema de defesa do organismo humano (leucócitos) visando àidentificação e classificação dos agentes patológicos para estudo, desenvolvimento e aperfeiçoamento de vacinas

 Realizar testes sorológicos por meio de técnicas de soroaglutinação, fluorimetria, quimioluminescencia e imunocromatografia BIOQUÍMICA

 Realizar análises biológicas e químicas de organismos vivos, principalmente para subsidiar pesquisas em biotecnologia, para produção de enzimas e desenvolvimento de biocombustíveis BIOLOGIA MOLECULAR

 Executar técnicas laboratoriais emprestadas da Microbiologia, Genética e Bioquímica para aprimoramento do diagnóstico clínico GENÉTICA

 Realizar análises cromossômicos para o diagnóstico citogenético humano e molecular (DNA), para identificação da paternidade e identificação de perfil molecular na perícia criminal

TOXICOLOGIA

Resolução CFBM nº 135, de 3 de abril de 2007 RDC Anvisa nº 306, de 7 dedezembro de 2004 Analisar efeitos adversos de substâncias que possam ser tóxicas, como cosméticos, medicamentos, veneno de insetos etc.

 Realizar estudos e/ ou exames em cromatografia de camada delgada, cromatografia líquida, cromatografia em fase gasosa, cromatografia de alta pressão e sintomatologia Atuar na dosagem de metais pesados e drogas de abuso

 Elaborar plano e gerenciar atividades relativas à área de toxicologia, desde que comprove domínio em, pelo menos, duas das seguintes disciplinas obrigatoriamente integrantes da grade curricular do curso de biomedicina: processos de qualidadeexigidos pelo INMETRO e ANVISA (BPL, GLP, Nbr 17025); protocolos OECD, NIN, FDA, EMEA; biotério; legislação nacional referente a ANVISA, MS, MA E MMA – IBAMA; agrotóxicos; cosméticos; químicos em geral; fitoterápicos; fármacos; toxicologia geral e farmacologia .

CITOLOGIA ONCÓTICA Resolução nº 78 de 29 de abril de 2002

 Realizar, com exceções, análises citológicas do material esfoliativo, dos raspados e aspirados de lesões e cavidades corpóreas, através da metodologia de Papanicolau para o diagnóstico citológico

 Realizar coleta de material cérvico-vaginal/microflora e leitura da respectiva lâmina

 O Biomédico não poderá realizar coleta de material através da técnica de Punção Biópsia Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) HISTOTECNOLOGIA CLÍNICA Resolução CFBM nº 239, de 29 de maio de 2014

 Processar amostras histológicas (fragmento de tecido humano produto de biópsia) para análise macroscópica, imunohistoquímica, citoquímica e molecular, firmando os respectivos laudos

 Realizar técnicas auxiliares de necropsia e análises forenses, sob supervisão de profissional médico devidamente habilitado

 Atuar na gestão administrativa, no controle de qualidade interno e externo de laboratórios histotecnológicos e congêneres públicos e privados .

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E TERAPIA

Resolução nº 234, de 5 de dezembro de 2013 A habilitação em Biofísica, Radiologia ou em Imagenologia permite ao Biomédico exercer as seguintes atividades no diagnóstico por imagem e terapia:

 Realizar atividades em serviços de radiodiagnóstico (operações com equipamentos e sistemas de diagnóstico por imagem, como tomografias computadorizadas, ressonância magnética, ultrassonografia, radiologia vascular e intervencionista, radiologia pediátrica, mamografia, densitometria óssea, neuroradiologia e medicina nuclear) e radioterapia (operações com equipamentos de diferentes fontes de energia, para tratamento, que utilizam radiações ionizantes)

 Gerenciar os serviços de radiodiagnóstico

 Gerenciar o sistema PACS/RIS

 Realizar radiografia convencional e contrastada

 Atuar em sistemas de informação em saúde, prontuário eletrônico do paciente, telemedicina, sistemas de apoio à decisão, processamento de sinais biológicos, internet em saúde, padronização da informação em saúde, processamento de imagens médicas, bioinformática, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), medicina nuclear (MN), radioterapia (RT) e radiologia médica As áreas mais significativas são:

 Operação de equipamentos

 Desenvolvimento de protocolos de estudo e exames

 Desenvolvimento de novas técnicas

 Coordenação de grupos de colaboradores, administração e gestão de conteúdo e contingente dos setores

 Gerenciamento de sistemas de armazenamento de imagens médicas dediagnóstico

 Aplicação de produtos para clientes

 Indústria de equipamentos e serviços

 Informática Médica, exercendo atividades no produto final dos exames, seja oconteúdo de dados ou armazenamento das imagens adquiridas utilizando os sistemas HIS (Hospital Information System), RIS (Radiology Information System) e PACS (Picture Archiving in Communication System)

Atribuições do Biomédico em Imagenologia

Tomografia Computadorizada

 Operar equipamentos de tomografia computadorizada

 Atuar na definição de protocolos de exame

 Administrar os meios de contraste

 Realizar anamnese do paciente

 Atuar no pós-processamento de imagens

 Documentar exames

 Gerenciar sistemas de armazenamento de informação (PACS, HIS, RIS)

 Atuar nas diversas atualizações tecnológicas em tomografia computadorizada

 Atuar no segmento de informática médica

 Atuar na área de pesquisa utilizando a tomografia computadorizada

 Exercer função administrativa no departamento de diagnóstico por imagem

 Atuar no seguimento de aplicação nas empresas vendedoras de equipamentos einsumos voltados à tomografia computadorizada

 Oferecer programas de treinamento para equipes de saúde.

Ressonância Magnética

 Operar equipamentos de ressonância magnética

 Atuar nas definições de protocolos de exame

 Atuar nas áreas de ressonância magnética funcional e espectroscopia porRessonância magnética

 Atuar na administração dos meios de contraste

 Realizar anamnese do paciente

 Atuar nos pós processamento de imagens

 Documentar exames

 Gerenciar sistemas de armazenamento de informação (PACS, HIS, RIS)

 Atuar nas diversas atualizações tecnológicas em ressonância magnética

 Atuar no segmento de informática médica

 Atuar na área de pesquisa utilizando a ressonância magnética

 Exercer função administrativa no departamento de diagnóstico por imagem

 Manipular bobinas endocavitárias desde que com supervisão médica

 Atuar no seguimento de aplicação nas empresas vendedoras de equipamentos e

 Insumos voltados à ressonância magnética

 Oferecer programa de treinamento para equipes de saúde Ultrassonografia

 Atuar no seguimento de aplicação nas empresas vendedoras de equipamentos einsumo

s voltados à ultrassonografia

 Oferecer treinamento para equipes de saúde.

Radiologia Geral Especializada

 Operar equipamentos de radiografias convencionais, convencionais, computadorizadas e digitai

s Atuar em definições de protocolos de exames

Administrar meios de contraste

 Realizar anamnese do paciente

 Atuar nos pós processamento de imagens

 Documentar exames

 Gerenciar sistemas de armazenamento de informação (PACS, HIS, RIS).

 Atuar nas diversas atualizações tecnológicas em radiografias convencionais, computadorizadas e digitais

 Atuar no segmento de informática médica

 Atuar na área de pesquisa utilizando a radiação ionizante

- Exercer função administrativa no departamento de diagnóstico por imagem

- Atuar no seguimento de aplicação nas empresas vendedoras de equipamentos e insumos voltados às radiografias convencionais, computadorizadas e digitais.

SERVIÇO DE FARMÁCIA

As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizara farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

São exemplos de atribuições do farmacêutico relacionadas à comunicação e educaçãoem saúde:

- Estabelecer comunicação com pacientes, cuidadores, família, equipe de saúde e sociedade.
- Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde.
- Informar, orientar e educar os pacientes, a família, os cuidadores e a sociedadesobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e aoutras tecnologias de saúde.

Normas e Rotinas para o Funcionamento do Serviço de Farmácia

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. A Farmácia é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa.

A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

O RT da farmácia deverá efetuar controle diário de estoque e informar, pormeio de boletim interno, diariamente, a condição de estoque à Diretoria Administrativa.

Deverá também elaborar balancetes mensais para previsão de solicitação de compras, a serem entregues no 1º dia útil de cada mês à Diretoria Administrativa.

Conforme legislação, o RT da farmácia deverá manter atualizado o controle de medicamentos controlados/ psicotrópicos.

Atribuições: Coordenação da Farmácia

a) Administrativas:

- Organizar e controlar as atividades técnico-administrativas do Serviço.
- Manter atualização das informações, da documentação e seu arquivamento.
- Confeccionar e manter atualização do memento terapêutico, do manual de normas e procedimentos operacionais e do manual de interações medicamentosas.
- Coordenar escala de férias, licenças e plantões dos funcionários em exercício noServiço, bem como recomendar medidas disciplinares.
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de acordo com a escala hierárquica, assim como

as normas e diretrizes técnicas e administrativas.
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

b) Operacionais:

- Controlar o estoque e fazer reposição dos medicamentos de acordo com consumo médio, o estoque de segurança e o ponto de ressuprimento, assim como fiscalizar a entrada / saída dos medicamentos e opinar quanto ao preço, qualidade e quantidade que deva permanecer em estoque.
- Assegurar atendimento adequado aos pacientes em relação à distribuição dos medicamentos.
- Promover reuniões de instrução, avaliação e coordenação de atividades.
- Orientar o responsável da guarda de medicamentos quanto à interdição de lotes e aos planos de recolhimento.

c) Técnicas:

- Responder pela aquisição, distribuição, qualidade e registro das substâncias controladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medicamentos, Insumos, Dietéticos e Correlatos.
- Estabelecer participação na Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.
- Estabelecer participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica a ser implementada.
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, deacordo com as características da Unidade, com vantagens técnicas e econômicas.
- Sugerir e promover medidas para redução do custo operacional.
- Cooperar com as especialidades no planejamento e execução de programas econômicos, técnicos e científicos.
- Atender o preconizado na Portaria 3.916/1998/MS

Levantamento dos Processos e Fluxos

Processo 1: Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de apoio da Unidade
Controles
Registros:

a. Documento de movimentação do item.
b. Requisições de materiais atendidas.
c. Livro de Registro de Medicamentos da Portaria 344/98.
d. Registro no Sistema Eletrônico.

Processo 2: Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado
Controles

Registros:

a. Relatório de Pedido Mensal, Inventário
b. Notas Fiscais

c. Relatórios de Controle de Estoque

d. Requisições de Transferência

e. Comunicações Internas de Compra

f. Registros do Sistema Eletrônico

g. Relatórios de Controle de CI

Processo 3: Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento

Controles

Registros:

a. Requisições de materiais atendidas

b. Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98

c. Prescrição médica

d. Acréscimo de prescrição

NORMAS E ROTINAS PROPOSTAS PARA O SERVIÇO DE FARMÁCIA

- Controle de Psicotrópicos nas Prescrições Médicas
- Conferência e Reposição de Medicação de Cautela
- Dispensação de medicamentos controlados
- Controle de medicamentos de Alto Custo
- Armazenamento de medicamentos
- Transferência de Medicamentos

- **NORMAS DA FARMÁCIA**

Logo da Unidade	Manual de Normas e RotinasFarmácia	Emissão Revisão No: Data:
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL **Normas e Portarias que regulamentam o funcionamento daárea da Farmácia**		

Horário de funcionamento da área/serviço

O horário de funcionamento da Farmácia (funcionários): segunda a sexta-feira das 07h às 19h –

O horário de entrega de fornecedores na Farmácia: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h

Clientes da área/serviço

Todos os usuários (pacientes, fornecedores, médicos, enfermeiros etc.) que buscam os serviços do serviço de Farmácia.

Responsável pela aprovação:	Aprovação Assinatura do	Data:

ROTINAS DA FARMÁCIA

<table>
<tr><td>Logo da Unidade</td><td colspan="2">POP FARMÁCIA</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tarefa: Pedido de Suprimento</td><td>Revisão</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>No: | Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Farmacêutico</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Evitar a falta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
Calcular lote de reposição.
Preencher o pedido de
compra.
Enviar para a administração.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício.Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra para não solicitar itens errados.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ações em caso de não conformidade
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Grupo responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td>Aprovação
Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

Logo da Unidade	**POP FARMÁCIA**	Emissão: Revisão: Nº

Executante
Auxiliar de farmácia.

Resultados esperados

Agilidade no recebimento e conferência de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira e caneta.

Atividades
Receber medicamentos e/ou material médico-hospitalar com as respectivas notas fiscais.
Conferir os medicamentos e/ou material médico-hospitalar através do pedido de compra e notas fiscais,verificando quantidade e prazo de validade.
Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador.

Cuidados
Ter bastante atenção na hora de conferir os produtos, verificando as quantidades e os prazos de validade.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao farmacêutico para que este tome as devidas providências.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação
	Assinatura do representante

Logo da Unidade	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO** **FARMACIA**		
		Emissão	
Tarefa: Armazenagem de medicamentos/material médico-hospitalar		Revisão	
		Nº:	Data:
Executante Auxiliar de farmácia.			
Resultados esperados Agilidade na armazenagem correta de medicamentos e/ou material médico-hospitalar.			
Recursos Necessários Mesa, cadeira, computador, fichas de controle de estoque e caneta.			
Atividades Atualizar fichas de controle de estoque, registrando a entrada dos produtos.Lançar no sistema a entrada dos produtos. Armazenar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar nas respectivas estantes, observandoo lote e prazo de validade dos mesmos.			
Cuidados Ter bastante atenção na hora de armazenar os produtos, verificando os lotes e os prazos de validade.			
Ações em caso de não conformidade Percebendo que armazenou um produto no local errado, retirá-lo deste local e levá-lo para o localcorreto.			

Grupo responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

<table>
<tr><td rowspan="2">Logo da Unidade</td><td rowspan="2">POP FARMÁCIA</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Tarefa: Envio de notas fiscais para a administração</td><td colspan="2">Revisão</td></tr>
<tr><td>No:</td><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante: Farmacêutico.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Resultados esperados
Agilidade e atenção no envio das notas fiscais para a administração.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades

Receber as notas fiscais.
Colocar nas notas fiscais a confirmação de “mercadoria entregue”. Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque.Protocolar as notas fiscais.
Encaminhar as notas fiscais para a administração.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Cuidados
Ter atenção ao arquivar as notas fiscais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ações em caso de não conformidade
Percebendo que arquivou uma NF em lugar errado, retirá-la deste local e levá-la para o local correto.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Grupo responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

Logo da Unidade	**FARMACIA**	Emissão	
Tarefa: Requisição de medicamentos e/ou material médico-hospitalarao almoxarifado		Revisão	
		No:	Data:

Executante
Farmacêutico.

Resultados esperados
Garantir o estoque de medicamentos e/ou material médico-hospitalar da farmácia.

Recursos Necessários
Mesa, cadeira, caneta e formulário de requisição de material.

Atividades
Anotar no formulário de requisição de material, os materiais necessários.Separar as vias do formulário de requisição de material.
Arquivar a primeira via da requisição de material.
Encaminhar a requisição de material para o almoxarifado.

Cuidados
Ter atenção ao preencher o formulário de requisição de material.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que solicitou o medicamento e/ou material errado, preenche uma nova requisição de material efaz a troca da anterior pela correta.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

Logo da Unidade	**POP FARMÁCIA**	Emissão
Tarefa: Dispensação de medicamentos e/ou material médico-hospitalar pelo almoxarifado da Farmácia		Revisão No: Data:

Executante
Auxiliar de farmácia.

Resultados esperados
Agilidade no atendimento à solicitação da farmácia.

Recursos Necessários
Requisição de material, medicamentos e material médico-hospitalar.

Atividades
Receber a requisição de material enviada pela farmácia.
Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela farmacêutica.Verificar no almoxarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição.
Separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar que deverão ser entregues ao requisitanteAnotar na requisição de material as quantidades que serão entregues.
Atualizar as fichas de controle de estoque
Entregar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar ao requisitante.

Cuidados
Ter atenção ao conferir a requisição de material.
Ter atenção ao separar os medicamentos e/ou material médico-hospitalar, evitando trocas.

Ações em caso de não conformidade
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar ao farmacêutico a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração.

Grupo responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

<table>
<tr><td rowspan="2">LOGO DA UNIDADE</td><td rowspan="2">POP FARMÁCIA</td><td></td></tr>
<tr><td>Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Tarefa: previsão e controle de estoque mensal</td><td>Revisão</td></tr>
<tr><td>No: Data:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Executante
Farmacêutico.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Resultados esperados
Garantir que não falte nenhum medicamento e/ou material médico-hospitalar no almoxarifado da farmácia econtrolar o consumo destes.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Recursos Necessários
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atividades
Controlar o estoque do almoxarifado da farmácia através das requisições de materiais arquivadas. Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de medicamentos e/ou material médico- hospitalar.Emitir relatório diário para controle do estoque.

Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cuidados
Ter atenção ao conferir as requisições de material. Ter atenção quando for fazer a previsão do estoque.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ações em caso de não conformidade
Em casos de epidemias, procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências paraabastecimento do almoxarifado da farmácia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Grupo responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data:</td></tr>
</table>

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

O objetivo do Serviço de Nutrição em uma instituição de saúde vai além de uma alimentação saborosa, equilibrada e segura. A abrangência deste serviço ultrapassa os limites da cozinha quando contemplamos a assistência nutricional aos pacientes e aos colaboradores, ou seja, este serviço é responsável pela produção de bens de consumo, prestação de serviços, atividades de ensino, pesquisa e controle de qualidade.

O Serviço de Alimentação de uma instituição de saúde é responsável por alinhar todas as frentes deste complexo negócio com estratégias e metas bem definidas para que o objetivo seja alcançado para os diferentes clientes e expectativas.

Geralmente a atuação nas áreas assistenciais é o foco, pois trata-se do atendimento direto ao paciente que representa o objetivo maior da instituição. Apresença do profissional nutricionista em equipes interdisciplinares é indiscutível e de grande importância para o tratamento global assistencial do paciente, internado ou ambulatorial.

Na opção de terceirizar o serviço, a definição do contrato com direitos e deveres conforme o nível de serviço (SLA - Service level agreement) criteriosamente estruturado, auxilia na qualidade da entrega e no monitoramento das funções. Este monitoramento deve ser diário pelo gestor do contrato para que os ajustes sejam realizados de imediato, sem prejuízo na entrega.

PROJETO INTERNO DO SND

O Serviço de Nutrição e Dietética deverá atuar em conjunto com acoleta seletiva (PGRSS) no S.N.D e no refeitório e também promovendo a educação nutricional e incentivando os colaboradores da Unidade de Saúde a introduzir hábitos alimentares saudáveis visando qualidade sem desperdício. Deverá ser garantida a coleta seletiva com a separação do lixo orgânico, plástico, papel e alumínio obedecendo a padrão de segregação conforme orientação do Serviço Higiene e Limpeza.

- Os funcionários deverão se apresentar no horário determinado pela instituição, devidamente higienizados(tomar banho antes de iniciar as atividades) e uniformizados para o serviço: farda, touca e sapato fechado.

- É obrigatório lavar as mãos com água e sabão antes de iniciar as atividades, coçar o nariz, limpar as bancadas e equipamentos e após o uso do banheiro.

- É obrigatório o uso de luvas, toucas e máscaras descartáveis durante o preparo dos alimentos, tais como: saladas, lanches, manipulação de todos os alimentos e na distribuição das refeições.

- É vedado aos funcionários de sexo masculino o uso de barba e/ou bigode, assim como exigido unhas limpas e cabelos cortados.

- Os funcionários do sexo feminino deverão manter unhas limpas, aparadas e sem uso de esmaltes, cabelos presos e em hipótese alguma usar adornos, tais como: anéis, pulseiras, brincos e/ouqualquer outro tipo de adorno.

- É proibido fumar nas dependências do setor de Nutrição e Dietética.Não falar, tossir, gritar, cantar ou espirrar sobre os alimentos.

- A higienização do uniforme é responsabilidade do funcionário, devendo trocar o mesmo sempre que necessário.

- É obrigatório o uso de luvas durante a produção e manuseio dos alimentos.

- É proibida a entrada de funcionários e/ou quaisquer outras pessoas, portando pacotes e/ou sacolas.

- Na ausência do funcionário para a jornada de trabalho, se for caso de doença, comunicar a chefia imediata e apresentar atestado médico no retorno às atividades.

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Manual de Normas e RotinasNutrição e Dietética	POP 07 Emissão
Tarefa: Recebimento de mercadorias		Revisão: Data:
Executante: Nutricionista Resultados esperados Mercadorias adquiridas dentro dos padrões higiênico-sanitários, recebidas em conformidade com os preços cotados pelo setor de compras. Recursos Necessários: Balança, contentores, caneta ou lápis, prancheta e luvas.		
Atividades Verificar se o veículo de entrega está em condições adequadas de higiene e conservação.Verificar se os entregadores estão adequadamente uniformizados. Retirar a mercadoria da embalagem original, como caixas de papelão ou madeira, para ser acondicionada em contentores de polietileno. Verificar as características sensoriais do produto (cor, odor, textura).		

Verificar data de validade, embalagem limpa e

íntegra. Conferir peso e/ou quantidade de acordo com

a nota fiscal.Queimadores e grelhas (semanal):

Paramentar-se com os EPI's necessários para a realização da

tarefa.Desmontar as peças móveis.

Imergir as peças em solução de água morna com produto desincrustante, com

permanênciamínima de 30 minutos.

Retirar incrustações com fibraço e

espátula.Enxaguar.

Secar com pano seco.

Colocar de volta no

fogão.

Cuidados

Caso haja mais de um fornecedor aguardando, a ordem de recebimento deve dar a

seguintepreferência:

Ficar atento ao receber os gêneros alimentícios, sobretudo, quanto à qualidade.

Ficar atento quanto ao prazo de validade dos gêneros alimentícios que estão sendo

recebidos.Atenção quanto ao acondicionamento dos gêneros alimentícios

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	Data

SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO 1

2. CIRURGIA ORAL
3. CIRURGIA ORAL AGENDAMENTO NA ESPECIALIDADE E REGULADO
4. DA UBS
   - Casos de cirurgia de dentes inclusos, semi inclusos
   - Casos de cirurgias de tecidos moles e duros
   - Casos de apicectomia com tratamento endodôntico
   - Excluir casos de exodôntias simples.
   - Encaminhar casos em tratamento, compensados sistemicamente, comadequação do meio bucal, remoção de focos
   - Avaliar interesse pelo tratamento e estimular motivação s/n

   Agendar : grupo de avaliação e orientação no CEO EXAMES SUBSIDIÁRIOS PRÉVIOS:

   - Radiografia periapical
   - Avaliação médica prévia em pacientes com cardiopatias graves, HAS descompensadas, doenças endócrinas descompensadas ou outra alteração sistêmica complexas.

   CONTRA REFERÊNCIA
   - Após conduta, o paciente deverá retornar a UBS, com relatório do especialista.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO 2.

ENDODONTIA

- Casos de dentes posteriores (molares e pré molares) e anteriores comcomplicações, desde que, possam receber restaurações convencionais satisfatóriasna Atenção Básica.
- Evitar encaminhar casos de 3º molares, principalmente os superiores de difícilacesso
- Excluir casos de dentes com núcleo e/ou coroa
- Excluir casos de retratamento com limas fraturadas
- Encaminhar casos em tratamentos, compensados sistemicamente, com adequação do meio bucal, remoção de focos
- Avaliar interesse pelo tratamento e estimular motivação s/n

Agendar: grupo de avaliação e orientação no CEO EXAMES SUBSIDIÁRIOS PRÉVIOS:

- Radiografia inicial

- Preparo prévio do dente (remoção de tecido cariado, pulpotomia e curativo dedemora feito preferencialmente com pasta 3 ou Ricofort®. Evitar pasta CTZ e Ca(OH)2PA

- Para que o isolamento absoluto seja realizado, fazer previamente gengivectomia e reconstrução das paredes com resina composta quando necessário.

CONTRA REFERÊNCIA Após conduta, o paciente deverá retornar a UBS, comrelatório do especialista.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO 3.

ESTOMATOLOGIA

AGENDAMENTO NA ESPECIALIDADE E REGULADO DA UBS

- Casos de qualquer lesão dos tecidos moles e/ou duros da cavidade oral que não apresente regressão espontânea ou após a remoção de possíveis fatores locais causais (como dentes fraturados, bordas cortantes, próteses mal adaptadas, etc.), em no máximo três semanas.

- Todo paciente referenciado deve ser sensibilizado e esclarecido quanto ànecessidade deste atendimento

- Dados discriminadores do exame físico com descrição da lesão

Agendar: consulta de avaliação no CEO

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO:

Casos suspeitos de neoplasias

CONTRA REFERÊNCIA Após conduta, o paciente deverá retornar a UBS, comrelatório do especialista.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO 4.

PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ESPECIAL

AGENDAMENTO NA ESPECIALIDADE E REGULADO DA UBS

- Encaminhar casos que apresente comprometimento grave/severo, seja locomotor oude ordem mental, com necessidades especiais de atendimento e de recursos não disponíveis na AB
- Casos indicados para contenção, após abordagem de um segundo profissional da UBS
- Estimular sensibilização e motivação do cuidador da pessoa com deficiência/especial
- Excluir odontopediatria.
- Excluir gestantes, idosos, doenças psiquiátricas e doenças sistêmicasAgenda:

consulta de avaliação no CEO DOCUMENTAÇÃO PRÉVIA:

- Relatório do Cirurgião Dentista justificando o encaminhamento, constando as datasdas últimas tentativas de consulta
- Solicitar que a prescrição e/ou relatório médico já existentes sejam levados no diada consulta com o especialista.

PRIORIDADE DE ENCAMINHAMENTO:

- Pacientes que necessitem de algum tipo de sedação.

CONTRA REFERÊNCIA

- Após tratamento o paciente deverá retornar à unidade, com relatório do especialista, especificando a conduta adotada e a proposta terapêutica para acompanhamento.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO 5.

PERIODONTIA AGENDAMENTO NA ESPECIALIDADE E REGULADO DA UBS

- Casos de bolsas periodontais acima de 5mm
- Casos de bolsa periodontais de 4mm de Diabético compensado

- Casos de gengivectomia e gengivoplastia
- Casos de cirurgia periodontal
- Encaminhar casos em tratamento, compensados sistemicamente, com adequaçãodo meio bucal, remoção de focos
- Encaminhar casos para instrução de higiene oral, profilaxia e raspagem supra-gengival
- Excluir casos de dentes com acentuada mobilidade horizontal e vertical
- Excluir casos de dentes com severa destruição coronária.
- Avaliar interesse pelo tratamento e estimular motivação s/n.

Agenda: grupo de avaliação e orientação no CEO.

CONTRA REFERÊNCIA

- Após conduta, o paciente deverá retornar a unidade de origem, com relatório do especialista.

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA

DISFAGIA

A avaliação instrumental da deglutição é a etapa seguinte na avaliação de pacientes disfágicos, tendo como objetivo observar como a deglutição é processada, sua efetividade e o primordial, se há ou não seguridade na deglutição (FILHO, GOMES e FURKIM, 2000). A videofluoroscopia tem oferecido excelentes resultados para analisar as atividades motoras da faringe e do esôfago, avaliando todas as fases da deglutição, sendo considerado o "teste de ouro" (NETTO, 2003). O exame videofluoroscópico permite a definição anatômica e funcional das disfunções da deglutição, a determinação da possível técnica de alimentação, considerando a quantidade, consistência e compensação, e o planejamento da melhor abordagem terapêutica a ser seguida com o paciente disfágico (MONTESI et al., 1990; COSTA et al.,1992 apud NETTO, 2003).

Além do exame mencionado anteriormente, é imprescindível o laudo do médico responsável, pois poderemos observar o grau de severidade da disfagia e a melhor conduta terapêutica a ser desenvolvida.

Nível de Gravidade

Nível I. Deglutição normal: A alimentação via oral completa é recomendada.

Nível II. Deglutição funcional – Pode estar anormal ou alterada, mas nãoresulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausênciade sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada, mas pode ser necessário despender tempo adicional para esta tarefa.

Nível III. Disfagia orofaríngea leve – Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a

deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.

Nível IV. Disfagia orofaríngea leve a moderada – Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte.

O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.

Nível V. Disfagia orofaríngea moderada – Existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração paraduas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição,com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VI. Disfagia orofaríngea moderada a grave – Tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz.

Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido, é necessário suspender a alimentação por via oral.

Nível VII. Disfagia orofaríngea grave – Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

N° máximo de sessões= 48 sessões

Conduta

O tratamento baseia-se nas intervenções na causa base da disfagia que,freqüentemente, é representada pelo tratamento das doenças associadas. As condutas devem ser dadas de acordo com a classificação da disfagia e incluem a indicação de:

(a) via alternativa de alimentação, como as sondas enterais e gástricas;

(b) terapia fonoaudiológica, podendo ser direta (com alimento) e/ou indireta (sem alimento) e;

(c) alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo, de acordo com a seleção das consistências. As propostas de conduta baseadas na classificação da disfagia estão a seguir: Para os níveis I e II, a conduta será (c);

Para os níveis III, IV e V, a conduta será (a) + (b) + (c) e Para os níveis VI e VII,a conduta será (a) + (b).

DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE (H60 – H95)

Indicação Clinica

Perda Auditiva

Justificativa

Pedido médico + Laudo médico + Exames complementares Relatório médico, afim de direcionar o planejamento terapêutico fonoaudiológico.

Tipos

Outros transtornos do ouvido médio:

- Cerume impactado Doenças do ouvido médio e da mastóide Outros transtornos da trompa de Eustáquio Doenças do ouvido interno Transtornos da função vestibular.
- Vertigem de origem central Outros transtornos da função vestibular Outros transtornos do ouvido interno
- Efeitos do ruído sobre o ouvido interno Outros transtornos do ouvido Outras perda de audição
- Perda de audição ototóxica
- Presbiacusia
- Perda de audição súbita idiopática
- Surdo-mudez não classificada em outra parte
- Outras perdas de audição específicas
- Perda não especificada de audição Outros transtornos do ouvido não classificado em outra parte
- Transtornos degenerativos e vasculares do ouvido
- Tinnitus
- Outras percepções auditivas anormais
- Transtornos do nervo acústico
- Outros transtornos especificados do ouvido
- Transtorno não especificado do ouvidoN°

máximo de sessões= 12 sessões

Conduta=

Dos procedimentos que por ventura não receberem intervenção fonoaudiológica, o profissional irá encaminhar o paciente para o profissional adequadopara avaliação e possíveis procedimentos a fim de melhorar e/ou solucionar a queixa apresentada. Dos procedimentos que recebem intervenção fonoaudiológica, cabe ao profissional: Habilitar e reabilitar os aspectos da audição e linguagem nos indivíduos com alteração da audição; Habilitar e reabilitar os transtornos do processamento auditivo, desenvolvimento de habilidades auditivas, cognitivas, lingüísticas específicas e metalingüísticas; adaptações do ambiente e uso de estratégias compensatórias; Desenvolver conjunto de procedimentos terapêuticos que buscam restaurar o equilíbrio corporal, estimulando os mecanismos fisiológicos de compensação central, propiciando a redução ou eliminação da tontura/vertigem e outros sintomas de transtornos do equilíbrio corporal; Desenvolver conjunto de procedimentos terapêuticos que buscam diminuir a percepção do zumbido e os efeitos negativos associados; Para os paciente que tiverem indicação de uso de aparelho de amplificação sonora individual, encaminhamento para um profissional que atua nesta área para realização da pré-moldagem para confecção do molde auricular personalizado, seleção das características eletroacústicas do aparelho e testes para verificar o benefício fornecido pelo aparelho.

PACIENTE COM PERDA DE AUDIÇÃO

Indicação Clinica

Perda Auditiva

Justificativa

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL: A audiometria tonal tem como finalidade determinar os limiares auditivos, por meio de estímulo de “tom puro”, permitindo assim aferir a audição periférica através dos limiares auditivos aéreos e ósseos, cujo os valores são considerados normais quando encontram-se no máximo em 20dBNA(FROTA, 2003).

Segundo RUSSO E MOMENSHON (1993), a audiometria tem como objetivo: detectar a existência de perda auditiva; auxiliar no topodiagnóstico das lesões auditivas, que possam atingir estruturas do ouvido externo, médio e interno; fornecer dados para indicação de aparelhos de amplificação sonora; como exame pré admissional nas empresas; controlar a acuidade auditiva de indivíduos que trabalham em ambientes ruidosos; detectar problemas auditivos em crianças em idade escolar.

Com intuito de perceber o mínimo de som que cada indivíduo possa ouvir, é importante que essa avaliação seja realizada em ambiente acusticamente tratado, ou seja, em uma cabina (QUIRÓS & D’ELIA, 1973). Após a investigação dos limiares de via aérea e via óssea, deve -se pesquisar o graus de recepção e reconhecimento do indivíduo para a linguagem oral.

Para CARHART (1951), a logoaudiometria é uma técnica na qual amostras padronizadas de linguagem oral são apresentadas através de um sistema calibrado para medir algum aspecto da capacidade auditiva, estabelecendo -se uma

porcentagem de palavras entendidas corretamente em função da intensidade. Ela provê uma medida direta e global da audição para a fala, oferencendo informaçõesque auxiliam: no topodiagnóstico; na detecção de perdas auditivas funcionais ou não orgânicas e nos quadros de simulação de perda auditiva; na confirmação dos limiares tonais; e para KATZ (1972), na seleção, indicação e adaptação do aparelho de amplificação sonora.

IMITÂNCIOMETRIA: Os testes de imitânciometria, são baseados em 3 medições separadas: complacência estática, timpanometria e reflexo do músculo do estribo(NORRIS, 1980). A medida de imitância acústica da orelha media é um métodoobjetivo e de fácil execução tanto em adultos como em crianças. É rápido simples e fornece valores importantes no diagnóstico clínico. (FROTA, 2003).

No Brasil a imitanciometria vem sendo aplicada rotineiramente, após estudo realizado por LOPES FILHO (1972), sobre as características da impedância do ouvido médio em indivíduos de vários faixas etárias. RUSSO (1981), descreveu os achados impedanciométricos de crianças de 4 a 6 anos de idade , IORIO E PEREIRA (1985), estudaram em uma população de escolares brasileiros, as variações da pressão do ouvido médio, a presença de reflexos acústicos e sua relação com os limiares de audibilidade.

BERA : As respostas evocadas ao nível de tronco cerebral consistem numa serie de ondas que refletem a ativação do VIII par e, sucessivamente, as estruturas auditivas do tronco cerebral, pelo menos até o colículo inferior (STARR, 1975 eSTOCKARD & ROSSITER, US., 1977) No registro em baixa velocidade de estimulação podem ser identificadas sete ondas no adulto (JEWETT & WILLINSTON, 1971).

Para FROTA (2003), as principais indicações para se realizar o BERA são: testar sensibilidade auditiva em recém nascidos, crianças e/ ou adultos que impossívelutilizar outro método; diagnósticos de lesões do oitavo par ou tronco encefálico; monitorar cirurgia da fossa craniana posterior.

EMISSÕES OTOÁCUSTICAS : Emissões otoácusticas são sons mensurados no meato acústico externo, os quais são produzidos na cóclea, especificamente pelas células ciliadas externas, que apresentam uma propriedade única de expansão e contração (FROTA,2003). Outro fator importante das emissões otoácústicas foi apossibilidade de estudarem aspectos mecânicos da função coclear através de ummeio não invasivo e objetivo (KEMP,1988). Por tratar-se de um exame objetivo é indicada para indivíduos que não podem ser avaliados de forma segura pelos procedimentos de rotina tais como, recém nascidos, e crianças menores de 3 anos, idosos, estrangeiros, pacientes com doenças neurológicas (LONSBURY-MARTIN, 1994).

Nível de Gravidade e/ou Tipos

Perda Auditiva condutiva: apresenta comprometimento na orelha média.

Perda Auditiva Mista: apresenta comprometimento na orelha média e orelha interna.

Perda Auditiva Sensorioneural: apresenta comprometimento na orelha interna.

N° máximo de sessões= 48 sessões

Conduta

Perda Auditiva Condutiva: encaminhar para o otorrinolaringologista e aguardarconduta médica.

Perda Auditiva Mista: encaminhar para o otorrinolaringologista, aguardarconduta médica e realizar reabilitação auditiva quando necessário.

Perda Auditiva Sensorioneural: encaminhar para o otorrinolaringologista,aguardar conduta médica e realizar reabilitação auditiva quando necessário.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS (Q00-Q99)

Indicação Clínica

Perda Auditiva

Justificativa

Pedido médico + Exames Relatório médico, a fim de direcionar o planejamento terapêutico.

Tipos

Malformações congênitas do ouvido causando comprometimento da audição. Ausência congênita ao pavilhão auricular. Ausência, atresia e estreitamento congênitos do conduto auditivo(externo) e atresia ou estreitamento do meato ósseo.

Ausência da trompa de Eustáquio. Outras

malformações ao ouvido médio.

Malformação congênita do ouvido, não especificada, causando comprometimento da audição.

N° máximo de sessões= 12 sessões

Conduta

Encaminhamento para otorrinolaringologista para avaliação e conduta terapêutica.

CAUSA EXTERNAS DE MORBIDADE E DE MORTALIDADE

Indicação Clínica

Perda Auditiva

Justificativa

Relatório médico para direcionar conduta terapêutica

Tipos

Exposição ao ruído.

N° máximo de sessões= 12 sessões

Conduta

Realizar encaminhamento para investigação dos limiares auditivos caso necessário, encaminhar para adaptação de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual).

TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DO DESENVOLVIMENTO DA FALA E DA LINGUAGEM

Indicação – Diagnóstico CID's

CID F80

Critérios de auditoria

Atraso e/ou Dificuldade linguagem oral/escrita(leitura)

Justificativa

Audiometria, Imitanciometria, BERA, Emissões Otoacusticas, Processamento Auditivo Central – principalmente em crianças com idade escolar A fala e linguagem são processos muito complexos, e estão relacionados à elaboração e simbolização do pensamento, sendo por meio deles que o indivíduo compartilha suas idéias, experiências, emoções e pensamento com o outro.

A audição está diretamente ligada ao processo de desenvolvimento da linguagem. Para que a aprendizagem da fala ocorra, é necessário que as funções do sistema nervoso periférico e central estejam íntegros.

Através da audição, a criança estabelece relações com o mundo que a cerca. Um dos principais distúrbios que podem interferir no desenvolvimento da linguagem e da fala é a deficiência auditiva.

A Hearing Association considera que a deficiência auditiva representa 60%dos distúrbios da comunicação ABRAHAM & COLS (1996), mostraram que a criança com perda auditiva condutiva obtém expressivo atraso na aquisição de fala, apontandoatraso no início do uso de consoantes. Segundo SCHOMWEILER & COLS. (1998), indivíduos com perda condutiva flutuante têm comprometimento da fala e linguagem, ea habilidade da percepção auditiva deste grupo pode ser menor, mesmo se a função auditiva for normalizada.

Como a audição é um canal de entrada sensorial de extrema importância, sefaz primordial investigação auditiva em pacientes com queixa de fala e linguagem.

Nível de Gravidade e/ou Tipos

1) Atraso no Desenvolvimento de Fala e Linguagem

2) Distúrbio Articulatório

N° máximo de sessões = 48 sessões

Conduta

Abordar intenção comunicativa, bem como aspectos de organização discursiva (aspectos pragmáticos, semânticos e lexicais), funções psicológicas superiores (atenção, memória, concentração, percepção, raciocínio lógico), na avaliação e posteriormente iniciar o processo terapêutico.

Analisar ponto e modo dos fonemas que compõem o inventário fonético e em seguida, iniciar o tratamento fonoaudiólogo.

OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS LESÕES, ENVENENAMENTO EALGUMAS OUTRAS CONSEQÜÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)

Indicação Clínica

Atraso e/ou Dificuldade linguagem oral/escrita(leitura)

Justificativa

O relatório do médico, a fim de direcionar o planejamento terapêutico fonoaudiológico.

Tipos

Queimaduras e corrosões

Queimaduras e corrosões limitadas ao olho e aos órgãos internos.

Queimadura e corrosão limitadas ao olho e seus anexos.

Queimadura da pálpebra e da região periocular.

Queimadura e corrosão do trato respiratório.

Queimadura da laringe e traquéia. Queimadura da

laringe, traquéia com pulmão.Corrosão da laringe e

traquéia.

Corrosão da laringe, traquéia com corrosão de pulmão.

Queimadura e corrosão de outros órgãos internos

Queimadura da boca e da faringe

Queimadura de outras partes do trato alimentar

Corrosão do esôfago

Corrosão de outras partes do trato alimentar**Nº**

máximo de sessões= 24 sessões **Conduta**

Orientação e intervenção nos aspectos de fala, voz, deglutição e motricidadeorofacial.

OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE (R00 a R99)

Indicação Clínica

Atraso e/ou Dificuldade linguagem oral/escrita(leitura)

Justificativa

O relatório do médico, a fim de direcionar o planejamento terapêutico.

Tipos

Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular

N° máximo de sessões = 12 sessões

Conduta

Encaminhamento para neurologista para avaliação e conduta terapêutica.

DISLEXIA

Indicação Clínica

Dislexia

Justificativa

Os sintomas que podem indicar a dislexia, antes de um diagnósticomultidisciplinar, só indicam um distúrbio de aprendizagem, não confirmam a dislexia. Enão pára por aí, os mesmos sintomas podem indicar outras situações, como lesões, síndromes e etc. Então, como diagnosticar a dislexia? Identificado o problema de rendimento escolar ou sintomas isolados, que podem ser percebidos na escola ou mesmo em casa, deve se procurar ajuda especializada. Uma equipe multidisciplinar, formada por Neuropsicólogos, Fonoaudiólogos e Psicopedagogos deve iniciar uma minuciosa investigação. Essa mesma equipe deve ainda garantir uma maior abrangência do processo de avaliação, verificando a necessidade do parecer de outros profissionais, como Neurologista, Oftalmologista e outros, conforme o caso.

A equipe de profissionais deve verificar todas as possibilidades antes de confirmar ou descartar o diagnóstico de dislexia. É o que chamamos de avaliação multidisciplinar e de exclusão.

Outros fatores deverão ser descartados, como déficit intelectual, disfunções ou deficiências auditivas e visuais, lesões cerebrais (congênitas e adquiridas), desordens afetivas anteriores ao processo de fracasso escolar (com constantes fracassos escolares o disléxico irá apresentar prejuízos emocionais, mas estes são consequências, não causa da dislexia).

Neste processo ainda é muito importante: Tomar o parecer da escola, dos pais e levantar o histórico familiar e de evolução do paciente. Essa avaliação não só identifica as causas das dificuldades apresentadas, assim como permite um encaminhamento adequado a cada caso, por meio de um relatório por escrito.

Sendo diagnosticada a dislexia, o encaminhamento orienta o acompanhamentoconsoante às particularidades de cada caso, o que permite que este seja mais eficaz emais proveitoso, pois o profissional que assumir o caso não precisará de um tempo, para identificação do problema, bem como terá ainda acesso a pareceres importantes. Conhecendo as causas das dificuldades, o potencial e as individualidades do indivíduo, o profissional pode utilizar a linha que achar mais conveniente. Os resultados irão aparecer de forma consistente e progressiva.

Ao contrário do que muitos pensam, o disléxico sempre contorna suas dificuldades, encontrando seu caminho. Ele responde bem a situações que possamser associadas a vivências concretas e aos múltiplos sentidos.

O disléxico também tem sua própria lógica, sendo muito importante o bom entrosamento entre profissional e paciente. Outro passo importante a ser dado édefinir um programa em etapas e somente passar para a seguinte após confirmar que a anterior foi devidamente absorvida, sempre retomando as etapas anteriores. É o que chamamos de sistema multissensorial e cumulativo. Também é de extremaimportância haver uma boa troca de informações, experiências e até sintonia dos procedimentos executados, entre profissional, escola e família.

Tipos

Dislexias adquiridas: podem ser subdivididas, em dislexias periféricas ecentrais.

Na dislexia periférica a lesão localiza-se no sistema de análise visual,dificultando a percepção das letras.

Na dislexia central, além do comprometimento do sistema de análise visual, hátambém alteração em parte de uma das rotas, fonológica ou lexical ou em ambas.

Dislexias do Desenvolvimento subdividem-se em:

Dislexia fonológica ou sublexical, Dislexia lexical ou de superfície e Dislexia Mista.

Na dislexia fonológica: freqüentemente ocorrem problemas no conversor grafema-fomena e/ou em vincular os sons parciais em uma palavra completa A rota lexical nestes casos apresenta aceitável funcionamento.

As dificuldades encontram-se na leitura de palavras de baixa incidência, sílabas desconexas e pseudopalavras. As palavras familiares são lidas com razoável desempenho. Na dislexia lexical, há uma dificuldade em operar utilizando-se a via lexical. Nestes casos a rota fonológica está relativamente preservada. As dificuldades residem na leitura de palavras irregulares, a leitura é lenta, vacilante, silabada devido ànecessidade de operar pela via fonológica.

Na dislexia mista os problemas estão focalizados em ambas as vias, fonológicae lexical. Estes quadros, em geral, são mais graves e necessitam de maior empenho para atenuar as alterações.

N° máximo de sessões = 48 sessões

Conduta

A dislexia deve ser avaliada e tratada por uma equipe multiprofissional, pois a leitura e a escrita são processos complexos que envolvem aspectos neurológicos, sensoriais, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, e educacionais. Entre estes profissionais, encontramse neurologistas, oftalmologistas, psicólogos, pedagogos e fonoaudiólogos.

O tratamento fonoaudiológico baseia-se em reforçar todas as habilidades linguísticas, focando na relação fonema x grafema, na associação do somsímbolo- produção, e no jogo com a estrutura das palavras.

ANOMALIAS DENTOFACIAIS

Indicação Clínica

Dificuldade e/ou inadequação da respiração

Justificativa

Faz-se necessário o RX de seios da face, para uma melhor avaliação e planejamento terapêutico, podendo observar se a obstrução nasal, arco zigomático, margem infraorbitária, ossos nasais, na avaliação de trauma maxifacial, pesquisa de corpos estranhos no interior dos seios maxilares e delimitação de áreas patológicas (BIANCHINI, 1993).

O relatório do ortodontista ou do médico é importante, pois através dele será possível planejar a melhor conduta a ser realizada no processo terapêutico.

Tipos

Respiração oral

Posicionamento inadequado de língua.

Deglutição atípica- A Deglutição atípica ocorre devido a desequilíbrio entre a língua, lábio e músculos da bochecha, caracterizando-se por uma participação ativa damusculatura perioral.

Deglutição Adaptada: A língua se adaptou à forma da cavidade oral ou tipo facial do indivíduo, ou se adaptou às características das funções existentes, como no caso da respiração bucal, situação na qual torna-se praticamente impossível deglutirde maneira correta, já que a boca fica permanentemente aberta para viabilizar a respiração. A parte da língua poderá estar apoiada atrás dos incisivos superiores, ou mesmo dos inferiores, sem que a posição para baixo seja considerada anormal.

N° máximo de sessões = 24 sessões

Conduta

O tratamento fonoaudiológico tem como objetivo, principalmente, a conscientização por parte da família da necessidade da adequação da respiração. Em um segundo momento, o trabalho muscular necessário será realizado por meio de exercícios que adequarão a tonicidade e postura dos órgãos fonoarticulatórios, alémde adequar as funções de mastigação, deglutição e fala.

O tratamento fonoaudiológico em conjunto com o tratamento ortodôntico é de fundamental importância para garantir a harmonia entre FORMA (oclusão dentária) e FUNÇÃO (respiração, mastigação, sucção, deglutição e fala).

DISFONIA

Indicação Clínica

Alteração vocal

Justificativa

Videolaringoscopia: é um exame realizado com anestesia tópica e permite umadetalhada avaliação da estrutura anatômica da hipofaringe (parte inferior da garganta),laringe e em particular as pregas vocais.

Nasovideolaringoscopia: esse exame é de alta complexidade. Ele é utilizado para avaliar a fisiologia interna do nariz, que permite uma análise detalhada da estrutura anatômica do nariz e permite detectar ou confirmar problemas ou doenças nesta região. Tem como objetivo principal avaliar as fossas nasais, o rinofaringe, o palato mole, a laringe e hipofaringe.

Observações: são exames indispensáveis na avaliação de pessoas com rouquidão que dure mais de 3 semanas e crianças pequenas e adultas com náusea excessiva. É útil na monitorização de tratamentos relativos à voz como fonoterapia e a cirurgia de laringe. Indicado para avaliar a obstrução nasal e o estridor respiratório em bebes e crianças.

Tipos

Disfonias Funcionais: São alterações no processo de emissão vocal que decorrem do uso da própria voz, isto é da função de fonação da laringe.

Disfonias Orgânico funcionais: São disfonias de base funcional com lesões secundárias, elas representam uma etapa posterior na evolução de uma disfoniafuncional. São consideradas lesões organofuncionais: nódulos, pólipos, edemas de Reinke, alguns quadros de úlcera de contato, granulomas e leucoplasias de pregas vocais.

Disfonais Orgânicas: São as disfonias decorrentes pós tratamentos médicosnas quais ainda permanecem alterações nas estruturas no trato vocal ou funções musculares. Essas disfonias independem do uso da voz. São alguns exemplos de disfonias orgânicas: causas congênitas, como malformações laríngeas; causas traumáticas, como traumas por armas de fogo; causas inflamatórias; neoplásicas; desordens neurológicas; por refluxo gastroesofágico; doenças renais; desordens endocrinológicas, etc.

N° máximo de sessões= 48 sessões

Conduta

Disfonias Funcionais: O tratamento para este tipo de disfonia se dá por meio deorientações vocais e exercícios específicos.

Disfonias Orgânico funcionais: O objetivo primário do tratamento fonoaudiológico é promover a reabsorção da lesão, corrigindo o desvio funcional, no momento em que se reconhece como causa primária a alteração no comportamento vocal.

Disfonais Orgânicas: O tratamento fonoaudiológico no campo das disfonias orgânicas é menos definido e os resultados parecem ser menos evidentes, porémcada vez mais aceito. Em muitos casos nos quais o tratamento é exclusivamente médico (cirúrgico ou medicamentoso), podem permanecer alterações nas estruturas do trato vocal que exigem tratamento fonoaudiológico, nesses casos, o fonoaudiólogo irá maximizar o uso da voz do paciente; desenvolver compensações por uso das estruturas remanescentes e auxiliar o paciente na aceitação da nova voz.

FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAUDE – (Z00 – Z99)

Indicação Clínica

Laudo médico

Justificativa

Informações inerentes ao quadro clinico do paciente, a fim de proporcionar ao profissional que irá atende-lo um melhor planejamento terapêutico fonoaudioloógico.

Tipos

Exame geral e investigação de pessoa sem queixas ou diagnóstico relatado.

Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou de diagnóstico relatado: Exames dos ouvidos e da audição Exame geral de rotina (“check up”) de uma subpopulação definida:

 Exame de saúde ocupacional Exame geral de rotina de outra subpopulação definida Exames especial de rastreamento (“screening”) de outros transtornos e doenças:

 Exame especial de rastreamento de alguns transtornos do desenvolvimento da infância

 Exame especial de rastreamento de malformações congênitas, deformidadese anomalias cromossômicas

 Exame especial de rastreamento não especificado

Contato com e exposição a doenças transmissíveis:

 Contato com e exposição à rubéola Assistência e exame pós-natal:

 Assistência e exame da mãe nutriz Pessoas em contato com os serviços desaúde para procedimentos e cuidados específicos

Colocação e ajustamento de outros aparelhos:

 Colocação e ajustamento de aparelho auditivo

 Colocação e ajustamento de outros aparelhos relacionados com o sistemanervoso e órgão dos sentidos

Cuidados envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação:

 Reabilitação da linguagem

 Cuidados envolvendo o uso de outros procedimentos de reabilitação

 Cuidados envolvendo uso de procedimento de reabilitação não especificado Pessoas

em contato com serviços de saúde para procedimentos específicos não realizados:

 Procedimentos não realizado devido à contra-indicação

 Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por razões decrença ou grupo de pressão

 Procedimento não realizado por outras razões

Convalescença:

 Convalescença após cirurgia

 Convalescença após radioterapia

 Convalescença após quimioterapia Pessoas com risco potenciais à saúde relacionadas com circunstancias socioeconômicas e psicossociais

Problemas relacionados com a educação e com a alfabetização:

 Analfabetismo e baixa escolaridade

 Escolarização não disponível e impossível

 Reprovação em exames

 Maus resultados escolares

 Má adaptação escolar e dificuldades com professores e colegas

 Outros problemas relacionados com a educação e com a alfabetização

 Problemas não especificados relacionados com a educação e com a alfabetização Exposição ocupacional a fatores de risco:

 Exposição ocupacional ao ruído

 Exposição ocupacional à

 Exposição ocupacional a agentes tóxicos na agricultura

 Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras industrias

 Exposição ocupacional à vibração

 Exposição ocupacional a outros fatores de risco

Problemas relacionados com o ambiente físico:

 Exposição ao ruído Exposição à poluição atmosférica

 Exposição à radiação Outros problemas relacionados com o ambientefísico Problemas relacionados com o meio social

Problemas relacionados com eventos negativos de vida na infânciaOutros

problemas relacionados com a educação da criança

Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias:

 Pessoas em contato com os serviços de saúde para outros aconselhamentose conselho médico, não classificados em outra parte

 Pessoa que consulta no interesse de um terceiro

 Pessoa que consulta para explicação de achados de exame Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde

Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstancia:

 Emissão de prescrição de repetição

 Supervisão e cuidado de saúde de crianças assistidas

 Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente

 Pessoa fingindo ser doente (simulação consciente) Pessoas com risco potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde

História familiar de transtornos mentais e comportamentais:

 História familiar de retardo mental História familiar de algumas incapacidades e doenças crônicas que conduzem à incapacitação História familiar de outros transtornos específicos

História familiar de algumas outras doenças

Ausência adquirida de órgãos, não classificados em outra parte

Presença de outros implantes funcionais Presença de outros dispositivos protéticos.

N° máximo de sessões = 12 sessões

Conduta

Orientação e intervenção junto ao paciente, equipes de saúde e ambientes ocupacionais, visando promoção, prevenção de agravos, aprimoramento e proteção dos aspectos de voz, audição linguagem (oral, escrita/leitura) e motricidade orofacial.

Habilitação e reabilitação dos aspectos de audição e linguagem nos indivíduos com alteração da audição.

Orientação e acompanhamento do aleitamento materno Orientação,acompanhamento e intervenção das funções neurovegetativas, no intuito de promover qualidade de vida.

Encaminhamento para um profissional que trabalhe com realização da pré- moldagem para confecção do molde auricular personalizado, seleção das características eletroacústicas do aparelho e testes para verificar o benefício fornecido pelo aparelho.

Encaminhamento para um profissional que trabalhe com seleção, adaptação e ativação de válvula de fala/fonatória, prótese traqueoesofágica, próteses palatais (rebaixadora, elevadora ou abturadora de palato), válvula restauradora.

Na linguagem oral: habilitação e reabilitação dos aspectos de linguagem oral nos diferentes ciclos de vida;

Na linguagem escrita: habilitação e reabilitação dos aspectos da linguagem escrita e leitura nos diferentes ciclos de vida

De acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente, será feito um estudo (caso seja necessário por uma equipe multiprofissional), no intuito de instituir qual o melhor tratamento a ser realizado com o paciente naquele momento em que se encontra impossibilitado de realizar os procedimentos necessários, a fim dedesenvolver medidas paliativas, garantindo a qualidade de vida.

Orientação e intervenção junto à comunidade escolar que favoreçam o processo de ensino aprendizagem e que contribuam para a promoção, prevenção, aprimoramento e proteção dos aspectos de voz, audição, linguagem (oral e escrita/leitura) e motricidade orofacial. Quando necessário encaminhamento para outras terapias (terapia ocupacional, psicologia, entre outros).

Orientação e intervenção junto a trabalhados, equipes de saúde e ambientes ocupacionais, visando promoção, prevenção de agravos, aprimoramento e proteção dos aspectos de voz, audição, linguagem (oral, escrita/leitura) e motricidade orofacial.

Orientação e intervenção nos aspectos da linguagem (oral, escrita/leitura),fala, deglutição, motricidade orofacial , cognição, voz e audição em indivíduos que apresentarem possíveis seqüelas às exposições anteriormente mencionadas.

Orientação e intervenção nas possíveis alterações fonoaudiologicas apresentadas por esse paciente na área da audição, linguagem, cognição, motricidadeorofacial, voz. Possível encaminhamento ao profissional capacitado para trabalharmais a fundo as questões emocionais ai envolvidas (psicólogo).

Avaliação e verificação se o individuo apresenta alguma alteração fonoaudiológica cabível de acompanhamento/tratamento e encaminhamento para outros profissionais que possam atuar de forma satisfatória no problema apresentado.

Orientação à famlia/cuidador quando aos procedimentos que devem ser realizados em casa, a fim de promover o desenvolvimento do individuo, garantindo qualidade de vida; e encaminhamento ao psicólogo para a realização de uma terapia em conjunto a fim de fortalecer ainda mais a pessoa/cuidador no que se refere às suasresponsabilidades.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM PARA O AMBULATÓRIO

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O serviço de Enfermagem, com o objetivo de organizar, orientar e documentar, todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus internos ou externos, tem por finalidade:

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

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

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

O Serviço de Enfermagem da Unidade está subordinado à Gerência de Enfermagem, a qual por sua vez subordina-se ao Diretor Técnico, e será coordenado exclusivamente por um Enfermeiro.

O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

Chefe do Serviço de Enfermagem.
Enfermeiros supervisores.
Enfermeiros chefes de unidades. Enfermeiro responsável pela CCIH Técnicos de Enfermagem

O serviço de enfermagem é competente para atuar nas seguintes áreas:

- Serviço de Controle de Infecção
- Unidade de Ambulatório
- Unidade CME

À Gerência de Enfermagem compete:

- Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades organizacionais da Unidade de Saúde, do próprio serviço e satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados.

- Promover o desenvolvimento das equipes e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço.
- Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.

- **Chefe de Serviço de Enfermagem:**

- Registro profissional no COREN da região;
- Certidão Negativa;
- Experiência profissional comprovada;
- Possuir especialização.

Enfermeiro Supervisor:

- Registro profissional no COREN da região
- Possuir Certidão negativa.
- Experiência profissional comprovada na área, como supervisor.
- Capacidade de Liderança.

- **Enfermeiro Chefe de Unidade:**

- Possuir registro profissional no COREN da região.
- Estar quite com o Órgão de Classe.
- Conhecimento específico para chefia da unidade

Enfermeiro da CCIA:

- Registro profissional no COREN da região
- Estar em dia com as anuidades do COREN da região
- Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área hospitalar.

Técnico de Enfermagem:

- Registro profissional no COREN .da região
- Certidão Negativa.
- Perfil para trabalhar em equipe.
- Experiência profissional de seis meses.

São atribuições do Chefe de Enfermagem:

- Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem.
- Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada

unidade.

Enfermeiro do CCIA:

- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológico das infecções ambulatoriais.
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIA.
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades.

Técnico de Enfermagem

- Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade.
- Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição.
- Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades.
- Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem
- Registrar e assinar os procedimentos executados.

O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

- **Horário Diurno Ambulatório**

7h ás 19 horas (segunda a sexta feira), conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados, portanto a Cédula de Identidade do COREN.

O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão Negativa do COREN.

Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade.

O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**Serviços De Enfermagem Na Área Ambulatorial** **1. Sistematização Da Assistência De Enfermagem**	EO.1 Emissão
Conceitos :- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)compreende nas unidades: - Avaliação admissional - histórico e exame físico inicial - Prescrição, evolução e diagnostico de enfermagem. - Cada unidade da instituição possui impresso próprio direcionado a suarealidade, porem todos devem realizar minimamente 3 etapas do processo.		Revisão: Data:
Enfermeiro da Unidade : - Realizar o SAE dos pacientes sob seus cuidados, conforme rotina interna do setor, obedecendocomo critério o sistema de classificação de pacientes (resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade; - Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas; - Supervisionar a execução do SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolode cuidados de enfermagem e o registro em impresso próprio. - Manter integração contínua com as Gerências de Enfermagem. **Técnico de Enfermagem da Unidade :** Realizar cuidados conforme protocolo de cuidados de enfermagem e registrar suas atividades em impresso próprio. - Checar prescrição de enfermagem, médica, completar check-list, datar, assinar e carimbar adequadamente suas anotações.		

NORMAS E ROTINAS PARA PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

<table>
<tr><td>Logo da Unidade Assistencial de Saúde</td><td>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO AMBULATÓRIO</td><td>POP 01
Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Recepção do paciente para abertura de ficha</td><td>Revisão:</td></tr>
<tr><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Executante
Auxiliar administrativo.
Resultados esperados
Atendimento ágil e eficiente.
Recursos Necessários
Terminal de computador</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atividades

▯ Receber o paciente.
▯ Perguntar ao paciente qual a especialidade e / ou atendimento.
▯ Conferir documentação e marcação a consulta / exame / procedimento.
▯ Pedir ao paciente que sente e aguarde ser chamado pelo para a sala.

Cuidados
Ser atenciosa com o paciente.
Ações em caso de não conformidade
Se o paciente manifestar dúvidas quanto ao exame que vai realizar, solicitar que o mesmo aguarde, pois o médico e/ou o técnico irá explicar como é o procedimento.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td>Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data</td></tr>
</table>

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO AMBULATÓRIO**	POP 02 Emissão
Organização dos consultórios **Tarefa: Organizar os consultórios**		Revisão: Data:

Executante
Técnicos de enfermagem e enfermeira
Resultados esperados
Consultórios sempre organizados e funcionando

Recursos Necessários No inicio das atividades, verificar a presença e funcionalidade dos materiais e equipamentos, de acordo com a especificidade da sala:

- Lençol
- Escadinha
- Maca
- Álcool gel
- Sabão líquido
- Papel toalha
- Abaixador de língua
- Algodão
- Caixa de luva de procedimento
- Impressos diversos (prescrição diária, SADT, receituário comum, receituário especial)
- Carbono
- Aparelho de Pressão
- Estetoscópio
- Termômetro

Atividades Manter os consultórios médicos organizados a fim de proporcionar segurança ao profissional e qualidade no atendimento aos beneficiários **.** Ser atenciosa com o paciente.

Ações em caso de não conformidade

Avisar imediatamente a enfermeira

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

<table>
<tr><td>Logo da Unidade Assistencial de Saúde</td><td colspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO AMBULATÓRIO</td><td>POP 03
Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Recebimento das solicitações de exames e pequenos procedimentos</td><td>Revisão:</td></tr>
<tr><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Executante
Auxiliar administrativa.
Resultados esperados
Assegurar que as solicitações foram preenchidas devidamente.
Recursos Necessários
Guias com solicitação de exames.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Atividades
□ Receber a planilha de agendamento de exames e de pequenos procedimentos.
□ Conferir as solicitações.
□ Lançar no sistema todas as planilhas.

Cuidados
Guias preenchidas e assinadas pelo médico solicitante.

Ações em caso de não conformidade
Nos casos de solicitações que não estão preenchidas e assinadas corretamente, comunicar a chefia imediata para providências.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td colspan="2">Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Assinatura do representante</td><td>Data</td></tr>
</table>

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Manual de Normas e Rotinas **Ambulatório**	POP. 05 Emissão
Administração de medicamentos		Revisão: Data:

Executante
Técnicos de enfermagem.
Resultados esperados
Medicação prescrita e administrada de forma correta e segura.
Recursos Necessários
Prontuário do paciente com prescrição médica, medicamentos, material médico hospitalar, EPI's.

Atividades
- Confrontar medicação com a prescrição médica; Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo.
- Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente.
- Confrontar o paciente com a medicação.
- Ficar focada durante o preparo da medicação
- Verificar o prazo de validade do medicamento.
- Identificar o recipiente da medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário.
- Usar EPI na administração de medicação endovenosa.
- Administrar a medicação no paciente.

Cuidados
- Prescrição e medicação – Casamento absoluto.
- Nunca administração medicação endovenosa sem o uso de luvas.
- Nome e prazo de validade do medicamento.
- Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo.

Ações em caso de não conformidade
Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo com a Enfermeira Chefe.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	

<table>
<tr><td>Logo da Unidade Assistencial de Saúde</td><td>Manual de Normas e Rotinas
Ambulatório</td><td>POP. 06
Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Administração de medicamentos IM</td><td>Revisão:</td></tr>
<tr><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Executante
Técnicos de enfermagem.
Resultados esperados
Medicação prescrita e administrada de forma correta e segura.
Recursos Necessários
Prontuário do paciente com prescrição médica, medicamentos, material médicohospitalar, EPI’s.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Atividades
□ Confrontar medicação com a prescrição médica; Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo.
□ Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente.
□ Confrontar o paciente com a medicação.
□ Ficar focada durante o preparo da medicação.
□ Verificar o prazo de validade do medicamento.
□ Identificar o recipiente da medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, viae horário.
□ Usar EPI na administração de medicação endovenosa.
□ Administrar a medicação no paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cuidados
□ Prescrição e medicação – Casamento absoluto.
□ Nunca administração medicação endovenosa sem o uso de luvas.
□ Nome e prazo de validade do medicamento.
□ Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo.

Ações em caso de não conformidade
Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo com a Enfermeira Chefe.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Responsável pela elaboração:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Responsável pela aprovação:</td><td>Aprovação</td><td></td></tr>
<tr><td>Assinatura do representante</td><td>Data</td></tr>
</table>

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Manual de Normas e Rotinas **Ambulatório**	POP. 08 Emissão
Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré operatório para cma		Revisão: Data:

Executante
Enfermeira
Resultados esperados
Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente.
Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente.

Atividades
- Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias.
- Informar a nutrição, o serviço social e a equipe da admissão de paciente para pré-operatório.
- Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.

Cuidados

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Manual de Normas e Rotinas **Ambulatório**	POP. 09 Emissão
Encaminhamento do paciente para a cma		Revisão: Data:

Executante
Técnicos de enfermagem.
Resultados esperados
Paciente liberado para a cma com todos os procedimentos do pré-operatório executados.
Recursos Necessários
Prontuário médico do paciente, exames pré-operatórios e maca.

Atividades
- Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o cma.
- Informar que o paciente está pronto.
- Encaminhar o paciente, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar.

Cuidados
- Não se esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório.
- Atenção à NR 32.

Ações em caso de não conformidade
Se observar alguma alteração quando dos sinais vitais do paciente, comunicar à enfermeira chefe da unidade.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Manual de Normas e Rotinas **Ambulatório**	POP. 12 Emissão
Assistência médica no acidente de trabalho com material perfurocortante		Revisão: Data:

Executante
Médico.
Resultados esperados
Atendimento e orientação ao funcionário que sofreu acidente com material perfurocortante.
Recursos Necessários
Luvas para exame, ficha de programação de avaliação de sorologias.

Atividades
- Examinar o funcionário acidentado.
- Avaliar o grau de risco de transmissão.
- Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subsequente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão.
- Encaminhar o funcionário para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente.

Cuidados
- Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão.
- Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV, nos casos de transmissão de risco.

Ações em caso de não conformidade
Se o médico plantonista não puder atender o funcionário encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Ambulatório**	POP. 14 Emissão
Descarte de roupa suja		Revisão: Data:

Executante
Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.
Resultados esperados
Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas para envio à lavanderia de forma correta;
Recursos Necessários
Hamper e saco plástico.

Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos leitos e roupas utilizadas pelos pacientes.
- Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário.
- Supervisionar a troca de roupas e vestes.
- Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica -sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.-, colocando-a no hamper forrado de saco plástico.
- Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com Micro-organismos multi resistentes ou vírus.
- Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem.
- Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 2/3 da capacidade.
- Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama.
- Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários prédeterminados.

Cuidados

- Atenção ao verificar as condições das roupas dos leitos da unidade de internação, evitando que peças sujas / contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte.
- Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper.
- Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/ contaminada no setor.
- Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por Micro-organismo multirresistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança.

Ações em caso de não conformidade

- Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados,substituí-los imediatamente.
- Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper.
- Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com microorganismos multirresistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança prédeterminados, realizar o acondicionamento correto.

Responsável pela elaboração		
Responsável pela aprovação:	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Ambulatório**	POP. 15 Emissão
MEDICAÇÃO VIA ORAL		Revisão: Data:

Executante
Técnicos de enfermagem e enfermeira
Resultados esperados
Atender a norma regulamentadora NR 32

Atividades.

Equipe de Enfermagem

- . Conferir a prescrição médica: nome do paciente, dosagem, nome da droga, via, horário e data.
- Identificar os copinhos com os rótulos.
- . Colocar o medicamento no copinho sem tocá-lo, usar seringa ou medidor para os líquidos.
- . Diluir o medicamento com água quando necessário.
- . Levar a bandeja até o paciente
- . Informar o procedimento ao paciente.
- . Conferir o rótulo com os dados do paciente.
- . Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água.
- . Esperar o paciente deglutir o(s) medicamento(s).
- Lavar as mãos.
- Chegar após as medicações.

Medicamento prescrito.

- Rótulo de identificação ou fita adesiva.

- Triturador de comprimidos s/n.
- Papel toalha.
- Caso o paciente esteja impossibilitado, colocar a medicação diretamente.
- . Verificar se o paciente engoliu o medicamento, nunca deixá-lo sobre a mesa de cabeceira.

Agitar o frasco que contenha suspensões para homogeneizar a solução.

- . Todo medicamento deve ser checado após a administração.
- Caso o paciente esteja impossibilitado colocar a medicação diretamente em sua boca auxiliar o paciente.

Ações em caso de não conformidade Avisar imediatamente a enfermeira		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Ambulatório**	POP. 16 Emissão
Solicitação do serviço de manutenção		Revisão: Data:

Executante
Enfermeira.

Resultados esperados
Garantir que os equipamentos estejam em perfeito funcionamento.

Recursos Necessários
Ficha de ordem de serviço e livro de ocorrências.

Atividades

- Identificar o equipamento e/ou material que necessita de manutenção.
- Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias.
- Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção.
- Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material com defeito.
- Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento necessitar de ser removido para manutenção, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências.

Cuidados
Atenção ao identificar corretamente o equipamento que necessita de manutenção.

Ações em caso de não conformidade
□ Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem.

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Ambulatório**	EO.17 Emissão
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR		Revisão: Data:

Executante:
Técnicos de enfermagem e enfermeiros

Normas
Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, data e horário.
 . Reunir o material a ser utilizado observando sempre a data de validade dos materiais e medicamentos.
Lavar as mãos .
 . Calçar as luvas de procedimento.
 . Realizar a assepsia da ampola a ser quebrada ou da borracha do frasco após a retirada daparte metálica com uma bola de algodão embebida em álcool 70%.
 Abrir a embalagem da seringa e acoplar a agulha para aspiração do Pegar a ampola ou ofrasco; caso seja ampola, quebrar a parte serrada com auxílio de algodão ou gaze simples, colocando-a entre os dedos indicador e médio da mão esquerda.
 . Retirar a capa protetora da agulha e introduzir a agulha dentro da ampola Aspirar medicamento.
. Colocar a capa protetora na agulha e retirar o ar da seringa.
 Trocar a agulha de aspiração pela de aplicação s/n.
Levar o material para o leito do paciente e explicar o que será feito.
. Escolher a área de aplicação e expô-la.
. Realizar a antissepsia da região escolhida com uma bola de algodão embebida em solução antisséptica fazendo movimentos em um só sentido, sendo de cima para baixo, virando a bola de algodão a cada movimento.
 Deixar a bola de algodão utilizada para antissepsia presa entre os dedos da mão esquerda eretirar o protetor da agulha.
 . Realizar a prega no local de aplicação com o dedo indicador e polegar da mão não dominante, mantendo músculo firme.
 . Introduzir a agulha em um só movimento com firmeza e rapidez em ângulo de 90 graus.
 . Aspirar ao êmbolo da seringa antes de introduzir o medicamento no músculo, a fim de verificarse a agulha atingiu algum vaso sanguíneo, caso seja encontrado, retire a agulha e troque-a por outra, puncione em outro local.
 . Injetar lentamente o medicamento.
 . Retirar a agulha com movimento rápido e firme.
 . Fazer compressão local.
 . Observar o local de aplicação durante e após a administração.
 . Desprezar a agulha e a seringa em recipiente próprio para perfuro cortante.
Retirar as luvas e realizar higienização das mãos.

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Ambulatório**	EO.20 Emissão
CONFERÊNCIA DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA		Revisão: Data:
Horário de funcionamento da área/serviço: 24h por dia 7 dias por semana **Clientes da área/serviço** Pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, - Usuários do serviço		
Normas 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. **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. **AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE** Solicitar a manutenção dos equipamentos que não estiverem em boas condições de funcionamento e avisar ao (a) enfermeiro (a) coordenador (a) do setor.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Verificação de Sinais Vitais

Temperatura

A temperatura indica o nível de calor a que chega o corpo. A temperatura normal do corpo é mantida pelo equilíbrio entre a produção e eliminação de calor. O calor é gerado por processo metabólico e é distribuído no organismo pelo sangue por meio dos vasos sanguíneos.

O organismo perde calor por radiação e condutibilidade da pele, por evaporação do suor, por evaporação pulmonar, durante o processo de respiração, pelaurina, pelas fezes e pela saliva.

Há alguns fatores que alteram a temperatura:

• Fatores fisiológicos.

• Idade.

• Processos inflamatórios e infecciosos.

• Fatores patológicos.

Variação de temperatura

• Hipotermia – menor ou igual a 35ºC

• Temperatura Fisiológica – 35,5º a 37ºC

• Estado febril- 37,5º a 38,0º C

• Febre – 38,0º a 39ºC

• Pirexia-39,0º a 40ºC

• Hiperpirexia- 40,0º a 41º C

Definição de febre

A febre é a modificação patológica da temperatura. É uma reação do organismo diante de determinada agressão que pode ser de origem infecciosa, neurogênica, desidratação ou tóxica.

Observação:

• Não é necessário o uso rotineiro de luvas de procedimentos para verificação desinais vitais, exceto para pacientes em precauções de contato.

• Retirar as luvas imediatamente após o uso e lavar as mãos em seguida e entre umpaciente e outro.

• Usar um par de luvas de procedimentos para cada paciente, quando indicado.

• Para pacientes em precauções de contato individualizar estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro.

• Observar orientações da Rotina de Biossegurança da CCIH.

Classificação da febre:

• **Contínua-** não há grandes oscilações diárias, permanece em um mesmo nível.

• **Remitente**- há oscilação diária.

• **Intermitente**- manifesta-se geralmente às mesmas horas aparecendo e desaparecendo com intervalo de dias e semanas.

• **Ondulante-** alterna períodos de febre e sem febre. Esses períodos variam de dois a

três dias.

Material necessário para verificação da temperatura:

Bandeja contendo:

• 01 recipiente com algodão seco.

• 01 recipiente com álcool a 70%.

• 01 recipiente para o algodão usado.

• Caneta e papel para anotações

• 01 termômetro.

Axilar

Esta técnica é contraindicada nas queimaduras de tórax, fraturas de membros superiores, pacientes muito magros e lesões axilares.

Procedimento:

• Orientar o paciente sobre o procedimento.

• Enxugar a axila do paciente ou orientá-lo fazer.

• Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º em caso de termômetros nãodigitais.

• Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele.

• Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto.

• Após cinco minutos retirar o termômetro.

• Fazer a leitura.

• Anotar o valor da temperatura.

• Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%.

• Desprezar o algodão sujo.

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Oral ou bucal

Esta técnica somente é indicada quando os termômetros são individuais e quando nãohouver contraindicação, como: intervenções cirúrgicas na boca, inflamações na boca, pacientes inconscientes, crianças

Procedimento:

• Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35º em caso de termômetros nãodigitais.

• Colocar o termômetro embaixo da língua do paciente.

• Pedir para que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca.

• Após cinco minutos retirar o termômetro.

• Fazer a leitura.

• Anotar o valor da temperatura.

• Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarda-lo junto aosartigos do paciente.

• Abaixar a coluna de mercúrio para 35ºC.

• Desprezar o algodão sujo.

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Retal

É o mais eficiente entre os métodos de verificação de temperatura. Usado nos casos de impossibilidade de utilizar a técnica bucal e axilar. O termômetro deve ser de uso individual.

É contra indicado em pacientes que sofreram cirurgia retal, perineal e inflamações no reto e ânus.

Procedimento:

• Colocar o paciente na posição de Sims – decúbito lateral esquerdo com perna direita flexionada.

• Lubrificar a ponta do termômetro - ex: óleo mineral.

• Introduzir a ponta do termômetro no reto.

• Após cinco minutos retirar o termômetro.

• Fazer a leitura

• Anotar o valor da temperatura.

• Lavar o termômetro com água e sabão.

• Passar álcool a 70% e guarda-lo junto aos artigos do paciente.

• Desprezar o algodão sujo.

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Obs.: a temperatura também pode ser verificada na região inguinal, sob o queixo e ojoelho, caso haja contra indicação nas regiões citadas anteriormente.

Pulso

O pulso é verificado na artéria radial, pediosa, temporal e carótida. Basta tocar nos pontos anatômicos corretos para verificar o pulso do paciente. As artérias mais comuns para verificar o pulso são a temporal facial, carótida, braquial, umeral, radial, cubital, femural, inguinal, poplítea, pediosa e tibial posterior.

Há fatores que afetam o pulso normal, como:

Fisiológicos- emoções, exercícios físicos.

Patológicos- febre, lipotimia que aumentam ou diminuem a frequência cardíaca.

Alterações na frequência cardíaca

Bradiarritmia **-** pulso lento com menos de 60 batimentos por minuto.

Taquiarritmia **-** pulso rápido com mais de 120 batimentos por minuto.

Ritmo cardíaco

Ritmo cardíaco é uniforme e com intervalos iguais. Quando há alterações, ocorrem asarritmias cardíacas.

O ritmo do pulso pode ser:

Regular **–** os batimentos cardíacos são uniformes; Irregular **–**

os batimentos cardíacos não uniformes.

Volume do pulso

O volume do pulso pode variar entre amplo e cheio ou pequeno e vazio. Écaracterizado de acordo com a intensidade das contrações cardíacas.

Tensão das artérias

No pulso de tensão alta a artéria é dura, difícil de ser comprimida. No pulso de tensãobaixa a artéria é mole, fácil de ser comprimida.

Procedimento:

• Manter o paciente em posição confortável, deitado ou sentado.

• Apoiar o braço, se o pulso verificado for radial.

• Colocar o dedo indicador e anelar no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente.

• Contar o número de batimentos do pulso em um minuto

• Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração no ritmo cardíaco.Anotar a frequência, ritmo e volume de acordo com os horários indicados.

Respiração

É a troca de gazes entre o organismo e o meio ambiente que consiste basicamente naabsorção de oxigênio, pela inspiração que permite a entrada de oxigênio nos pulmões,e a eliminação de gás carbônico, através da expiração que permite a saída do ar contido nos pulmões.

A respiração pode ser costal superior (mulher), costal inferior (homem) e abdominal ou diafragmática (criança).

Alteração na frequência respiratória

Taquipneia - frequência respiratória rápida e superficial; **Polipnéia** – frequência respiratória aumentada e superficial; **Hiperpinéia –** frequência respiratória aumentada e profunda.

Bradpnéia – frequência respiratória lenta e com profundidade normal.Oligopnéia ou Hipopnéia **–** frequência respiratória lenta e superficial. Espanopnéia **–** frequência respiratória lenta e profunda.

Ritmo

O ritmo pode ser normal e uniforme, nos casos de indivíduos sadios, chamado eupnéia, ou pode ser anormal, como descrito a seguir:

Apnéia – parada respiratória;

Cheyne-stoke – respiração que apresenta períodos de dispnéia, bradpnéia e apnéia. Os movimentos respiratórios aumentam e diminuem, e após uma pausa o ciclo reinicia. As fases de taquipnéia duram cerca de 30 segundos.

Kusmaul – é a respiração profunda e ruidosa, seguida de pausa, depois uma breve e queixosa expiração, seguida de nova pausa.

Biot – respiração periódica caracterizada pela presença de períodos de apnéia de duração variável de até 30 segundos. Pode ser repetida em intervalos regulares e irregulares.

Dispnéia – dificuldade de respirar. O paciente apresenta-se cianótico, com a pele em tom de cinza-azulado que se manifesta inicialmente em torno dos lábios e se estende para as extremidades de mãos e pés.

Procedimento

• Manter o paciente sentado ou deitado no leito.

• Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendocontada, pois pode causar-lhe ansiedade, o que pode alterar a frequência.

• Observar quando o tórax sobe e desce, ou os movimentos do abdômen e contardurante um minuto.

• Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto.

• Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração na frequência e ritmorespiratório.

Pressão Arterial

Definida como a pressão exercida nas paredes dos vasos sanguíneos pela força de

contratibilidade do músculo cardíaco que bombeia o sangue.

Os fatores que determinam o grau de tensão sobre os vasos são:

• Força de contração do músculo cardíaco.

• Elasticidade das paredes arteriais.

• Resistência vascular periférica.

• Quantidade do sangue circulante.

• Viscosidade sanguínea.

Alguns fatores podem modificar a pressão arterial:

Fisiológicos – idade, sexo, postura, drogas.

Patológicos – convulsões, arteriosclerose, aumento da pressão intracraniana,hemorragias.

Locais para a verificação da pressão arterial:

• Braço – artéria braquial.

• Perna – artéria pediosa.

• Coxa – artéria poplítea.

Material:

• Estetoscópio.

• Esfigmomanômetro;

• Algodão embebido em álcool a 70%;

• Álcool a 70%.

Procedimento:

Orientar o paciente quanto ao procedimento.

Preparar o aparelho.

Testar o aparelho de PA.

Colocar o paciente sentado, deitado em posição confortável ou de acordo comorientação médica.

Apoiar sempre o braço aproximadamente na altura do coração.Ajustar o manguito ao braço acima do cotovelo.

Sentir a pulsação da artéria braquial com as pontas dos dedos na parte anterior da articulação do cotovelo do paciente.

Desinfetar as olivas do estetoscópio com algodão embebido no álcool antes de colocarnos ouvidos.

Desinfetar o diafragma com algodão embebido no álcool antes e após colocar no

paciente.

Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial do paciente.

Fechar a válvula de ar e insuflá-la rapidamente até que o movimento indique no manômetro 200mmHg aproximadamente.

Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o número correspondente ao primeiro ruído – pressão sistólica máxima, e o segundo ruído – pressão diástole mínima.

Nos casos de dúvidas, verificar novamente.

Desprender o manguito.

Anotar os valores pressóricos verificados.

Após verificar os sinais vitais informar o paciente sobre os valores e deixá-loconfortável.

Comunicar ao enfermeiro ou ao médico qualquer alteração na avaliação fisiológica dapressão arterial.

Administração de Medicamentos

Introdução

A administração de medicamentos do Hospital de Urgências de Trindade deverá terum processo que envolva uma sequência de ações a serem desenvolvidas peloprofissional de enfermagem, a fim de obter os melhores resultados junto ao paciente, sem desperdício de recursos. Durante a fase de preparo o profissional de enfermagem deve ter muita atenção para evitar erros, assegurando ao máximo que o paciente receba a medicação corretamente.

Recomendações Gerais

• Lavar sempre as mãos antes do preparo, administração e logo após o procedimento;

• Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação.

• Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar a chance de cometer erros.

• Ler e conferir o rótulo da medicação três vezes – quando pegar o medicamento, antes de colocar o medicamento no recipiente próprio para administração, e ao colocaro recipiente na prateleira ou desprezar o invólucro.

• Fazer desinfecção das ampolas e ou dos frascos antes de quebrar e ou aspirar à medicação.

• Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração.

• As medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável faze-lo baseado apenas em orientação verbal. Nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação estiver sob controle.

• Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário.

• Proteger a seringa ou frasco com medicamento para evitar contaminação, podendo ser usado o próprio invólucro se não contaminado.

• Observar o aspecto e as características da medicação antes de prepará-la; e antes de administrá-la.

• Utilizar bandeja devidamente limpa.

• Deixar o local de preparo de medicação sempre em ordem e limpo, utilizando álcoola 70% para desinfetar a bancada.

• Devolver no final do plantão os medicamentos não utilizados e em hipótese algumaacumular "sobras".

• Manter a bandeja sempre a vista durante a administração, nunca a deixando sozinhajunto ao paciente.

• Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade dopaciente.

• Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento.

• A administração do medicamento deve ser feita pelo profissional que o preparou.

• Não se deve nunca se esquecer de registrar o medicamento que o paciente tenharecebido - checar a medicação.

• Em caso de recusa do medicamento, o profissional de enfermagem deve relatar imediatamente o fato ao (a) enfermeiro (a) e/ou médico e anotá-la no prontuário.

Convencionalmente em nosso meio, quando o medicamento não foi administrado poralgum motivo, o horário correspondente é circundado, "bolado" à caneta e ajustificativa anotada no prontuário do paciente.

• Utilizar luvas de procedimentos para medicações via sonda gástrica ou nasogástrica,via retal e parenteral.

• Nunca reencapar agulhas ou concitá-las da seringa para desprezar.

• As luvas de procedimentos e o algodão devem ser desprezados na lixeira com saco branco leitoso, para lixo infectante, dentro da enfermaria do paciente, conforme Programa de Gerenciamento de Resíduos da CCIH.

Vias de Administração de Medicamentos Administração Oral

• **Material:**

• 01 bandeja.

• 01 copinho.

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

• Conferir a prescrição médica e medicação a ser administrada.

•Identificar os copinhos com o nome do paciente, nome da medicação, horário enúmero do leito.

• Lavar as mãos.

• Diluir o medicamento se necessário.

• Conferir novamente a medicação e prescrição médica verificando data, paciente,hora, via de administração e dose.

• Levar a bandeja de medicação junto ao leito do paciente.

• Perguntar o nome do paciente sem sugestionar.

• Oferecer o medicamento.

• Observar se o paciente ingeriu a medicação.

• Lavar as mãos.

• Checar na prescrição médica.

Cuidados importantes:

• Agitar o frasco de medicamento líquido antes de entorná-lo pelo lado oposto ao do rótulo, evitando assim, que o líquido escorra sobre ele, tornando difícil a leitura.

• Os frascos multi-doses deverão ser diluídos quando abertos.

• Frascos multi-doses que ficam “estocados” no posto, verificar sempre a data de validade e condições de armazenamento antes de administrá-lo ao paciente. Se necessário trocar o frasco na farmácia.

• Segurar o recipiente graduado (copinho) e vidro ao nível dos olhos para despejar o líquido até a altura correspondente à dose, facilitando desse modo a colocação precisado medicamento.

• Colocar comprimidos, drágeas ou cápsulas no recipiente sem tocá-las diretamente com a mão.

• Se houver dificuldade na identificação do medicamento, não administrá-lo.

• Devolva-o à farmácia e solicite outro medicamento com identificação legível.

• Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais seguraé a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu. Em casos de aceitação parcial

ou perdas acidentais de uma parte deles, será possível registrar adequadamente o ocorrido e ou repor a medicação perdida.

• Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos, entre outros.

• No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientá-lo para que deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser dissolvido, não se devem oferecer líquidos com a medicação sublingual.

• No uso de medicação via SNE ou SNG Lavar (10 a 20ml de água pela seringa sob pressão) logo após a administração da medicação, a fim de evitar obstrução damesma.

Administração Via Retal

As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas.

• **Formulações sólidas** – denominada supositório – possuem formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Dissolve-se em contato com a temperatura corporal e é indicado principalmente para a estimulação da peristalsepara facilitar a defecação. Quando efetivo, os resultados manifestam-se dentro de 15 a30 minutos, mas podem tardar até uma hora.

• **Formulação líquida** – pode ser em grande quantidade, denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister -150 a 500ml.

Geralmente são usadas na lavagem intestinal para a remoção das fezes em caso de fecaloma, preparo para procedimentos cirúrgicos ou exames - ex: colonoscopia.

Material:

• 1 frasco de Clister ou Fleet Enema- conforme prescrição médica.
• Papel higiênico.
• 01 comadre.
• 01 par de luvas de procedimento.
• 01 sonda retal.

Procedimento:

• Explicar ao paciente o procedimento.
• Preparar o material.
• Mornar quando for solução glicerinada ou soro fisiológico.
• Lavar as mãos, calçar luvas de procedimentos.

• Colocar biombo, para não expor o paciente.

• Colocar o paciente em posição de Sims, (decúbito lateral esquerdo e perna direitafletida).

• Afastar a prega interglútea e instilar o líquido.

• Introduzir a sonda retal lubrificada (ex: xilocaína gel ou óleo mineral) no ânus dopaciente.

• Colocar o paciente na comadre, deixando o papel higiênico à mão, nos casos depacientes dependentes, ou encaminhá-lo ao banheiro.

• Fazer a higiene íntima.

• Retirar o material usado.

• Limpar e organizar o material.

• Retirar as luvas de procedimentos.

• Lavar as mãos.

• Fazer anotação de enfermagem no prontuário.

Observação:

No caso de irrigação gota a gota acrescentar um equipo ao material, procedendo a mesma forma de instalação, deixando o sistema instalado até o final da solução.

Administração Via Parenteral

A via parenteral é utilizada quando se deseja uma ação imediata da droga, quando não há possibilidade de administração por via oral, ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrointestinal. A enfermagem utiliza comumente as seguintes formas de administração parenteral: intradérmica, subcutânea, intramuscular e endovenosa.

Observação: Observar recomendações de rotina de controle de infecção decorrente sanguínea de CCIH.

Preparo da Medicação:

• Observar o prazo de validade, o aspecto da solução, bem como a integridade do frasco;

• Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes, fique na sua parte superior.

• O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco ampola.

• Lavar as mãos com água e sabão.

• Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha.

• Monte a seringa com a agulha respeitando a técnica asséptica.

• Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool a 70% destacando ogargalo, no caso do frasco ampola, levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha.

• Proteger o gargalo da ampola com algodão na hora de quebrá-lo.

• Aspirar ao diluente (no caso de frasco ampola) introduzi-lo dentro do frasco e deixeque a força da pressão interna do frasco, desloque o ar para o interior da seringa.

• Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir.

• Introduzir o ar da seringa para o interior do frasco. Este procedimento visa aumentara pressão dentro do frasco, facilitando a retirada do medicamento, visto que os líquidos movem-se de uma área de maior pressão para a de menor pressão.

• Manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira ao medicamento.

• Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro. Identificar o material com fita adesiva com o nome do paciente, número do leito,medicamento, horário, dose e via de administração.

Administração Intradérmica

É a introdução do medicamento na derme. É raramente usada para tratamento, porémincide na disseminação de vacinas.

Volumes máximos administrados – 0,1 a 1,0ml.

Locais de aplicação:

• Face interna ou ventral do antebraço.

• Região escapular- parte superior das costas.

• Parte inferior do deltoide direito -exclusivamente para a vacina BCG.

Material:

• 01 bandeja.

• 01 seringa de 3ml ou 5ml.

• 01 agulha para injeção 03X07.

• 01 bola de algodão.

• 05ml de álcool.

• Luvas de Procedimentos.

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

Lavar as mãos.

Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração domedicamento, colocar o protetor na agulha.

Orientar o paciente quanto ao procedimento.

Calçar luvas de procedimentos.

Posicionar a agulha em ângulo de 15º em relação à superfície da pele.

Introduzir a agulha com o bisel para cima para formar uma pápula.

Checar na prescrição médica.

OBS.: Não fazer a antissepsia da região, o que causaria o desenvolvimento dereações falso positivas em testes de hipersensibilidade e a redução da atividade das vacinas administradas.

Administração Via subcutânea

É a introdução do medicamento na região subcutânea. É utilizada para drogas quenão necessitem de absorção imediata e sim quando se deseja uma absorção contínua.

Podem ocorrer lesões inflamatórias locais, sendo de grande importância o rodízio da aplicação como um método profilático.

Volume máximo administrável – 3 ml.

Locais de aplicação:

• Parte superior externa dos braços.

• Face lateral externa e frontal das coxas.

• Regiões glúteas, direita e esquerda.

• Região abdominal – hipocôndrios direito e esquerdo, exceto a região periumbilical.

• Regiões supraescapular e infraescapular.

• Faces externas, anterior e posterior dos braços.

• Região intermediária lateral das costas -próxima ao quadril direito e esquerdo.

Material:

• 01 bandeja.

• 01 seringa de 1ml.

• 01 agulha 13X25.

• Luvas de procedimentos.

• 02 bolas de algodão.

• 05ml do álcool a 70%.

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

• Lavar as mãos.

• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha.

• Orientar o paciente quanto ao procedimento.

• Calçar luvas de procedimentos.

• Fazer antissepsia da pele de cima para baixo.

• Posicionar a agulha em ângulo de 90º em relação à superfície da pele.

• Introduzir a agulha com bisel para baixo.

• Não friccionar o local após a aplicação.

• Retirar luvas e lavar mãos.

• Checar na prescrição médica

.

Administração Via intramuscular

É aplicada no tecido muscular através da pele, tendo a desvantagem de ser dolorosa pela introdução da agulha e absorção do medicamento. O desconforto da aplicação desse medicamento pode ser minimizado com os seguintes cuidados:

• Manter a técnica asséptica durante todo o procedimento.

• Ao escolher o local de aplicação, observe a condição do músculo.

• Assegure a privacidade do paciente, sem expô-lo desnecessariamente.

• Não hesitar em aplicar a injeção.

• Injetar lentamente as soluções.

• Fazer uma pressão no local administrado com a extremidade dos dedos, para auxiliarna absorção da droga.

• Checar na prescrição médica.

Volume máximo administrável

– 3 ml.

Locais para aplicação:

• Regiões deltoideanas.

• Região dorsoglútea.

• Região ventroglútea.

• Região anterolateral da coxa -músculo vastolateral.

Recomendações importantes:

• Não administrar medicamentos por via intramuscular na região dorsoglútea emcrianças de 0 a 2 anos, adultos excessivamente magros ou com mais de 60 anos.

• Priorizar a região vastolateral da coxa em crianças menores de 1 ano.

• Não administrar diclofenaco de sódio e penicilina benzatina na região deltoide, em

qualquer idade. Nessas medicações só usar agulhas 30x8.

• Rodiziar o local de aplicação.

Material:

• 01 bandeja.

• 01 seringa de 3ml ou 5ml.

• 01 agulha 30X06, 30X07 ou 30X08.

• 02 bolas de algodão.

• 05ml do álcool a 70%.

• Luvas de procedimentos.

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

• Lavar as mãos.

• Escolher a seringa de acordo com o volume a ser injetado.

• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha.

• Orientar o paciente quanto ao procedimento.

• Calçar luvas de procedimentos

• Fazer antissepsia da pele de cima para baixo.

• Posicionar a agulha em ângulo de 90º em relação à superfície da pele.

• Introduzir a agulha com bisel para baixo.

• Aspirar antes de injetar o medicamento, verificando se algum vaso foi atingido.

• Injetar lentamente o líquido.

• Fazer uma leve compressão no local após a administração.

• Retirar luvas e lavar as mãos.

• Checar na prescrição médica.

Administração Via endovenosa

A via endovenosa é usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea, podendo ocasionar sérias complicações ao paciente, caso as recomendações preconizadas não sejam observadas. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão.

Alguns acidentes podem acorrer na administração de medicamentos

endovenosos:

• Esclerose da veia **–** aplicação sucessiva no mesmo local

• Abscessos**-** administração de medicamentos fora da veia, anti-sepsia inadequada no local da punção e material contaminado.

• Hematoma- extravasamento de sangue da veia no espaço intersticial portransfixação da veia.

• Flebite- longa permanência de dispositivos endovenosos ou drogas irritantes.

• Êmbolos – deslocamento de resíduos de medicamentos mal diluídos ou coágulos de sangue podem agir como êmbolos.

• Infiltração- passagem do líquido para o tecido subcutâneo. Ocorre por deslocamento da agulha ou pela sua penetração na parede do vaso.

• Choque **-** quando se aplica determinado medicamento, pode ocorrer o estado de choque, vasodilatação geral, palidez, vertigem, agitação, cianose, ansiedade, tremores.

Pode se tratar do **choque pirogênico** que ocorre quando existe pirogênio no medicamento, ou seja, substância produzida por bactéria, produzindo reações como febre e alergias; **choque anafilático** devido à hipersensibilidade do paciente ao medicamento.

Volume máximo administrável – não há limite, exceto nos casos em que a patologia contraindique volumes elevados.

Locais de aplicação:

• Região cefálica- crianças.

• Região temporossuperficial e regiões epicranianas.

• Região dos membros superiores: braço (cefálica e basílica), antebraço (intermediáriacefálica, intermediária basílica, mediana e radial).

• Ulnar.

• Mão: rede do dorso da mão.

• Região dos membros inferiores: perna (face posterior do joelho), safena magna etibial anterior; pé (rede do dorso do pé).

Obs: Observar orientações adicionais na Rotina de Prevenção de Infecção deCorrente Sanguínea da CCIH.

Material:

Mesmo da injeção intramuscular, acrescentando em caso de grande volume demedicação:

• 01 bandeja.

• 01 Equipo.
• 01 cateter intravenoso- abocath ou jelco.
• 01 pacote de gaze.
• 30 cm de esparadrapo ou micropore.
• Medicamento.
• Luvas de Procedimentos.

Procedimento:

• Lavar as mãos.
• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha.
• Posicionar o paciente deitado ou sentado.
• Orientar o paciente quanto ao procedimento.
• Calçar luvas de procedimentos.
• Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada.
• Garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização d veia na mão e braço, convém o paciente cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa.
• Fazer antissepsia da pele de cima para baixo.
• Fixar a veia e fazer a punção.
• Inserir o cateter ou agulha em um ângulo de 15º a 30º graus mantendo a pele esticada com o bisel voltado para cima, facilitando a introdução.
• Retirar o garrote.
• Administrar lentamente o medicamento, evitando assim reações adversas, já que muitos medicamentos podem produzir efeitos indesejáveis de imediato. Nesses casos, interrompa a aplicação e comunique o fato o (a) enfermeiro(a) ou médico.
• Retirar o cateter ou agulha e comprimir o local.
• Retirar luvas e lavar as mãos.
• Checar na prescrição médica.

Recomendações importantes:

• Seguir Rotina de Controle de Infecção para acesso vascular para a manutenção dapunção.
• Evitar punção venosa de membros inferiores em pacientes adultos.
• O local escolhido deve ser seguro, de fácil acesso, confortável ao paciente.
• O seguimento escolhido deve ser mais longo que a agulha.
• Evitar “tapinha” sobre o local a ser puncionado, pois permitem o rompimento da veia

no momento da punção.

Não puncionar membros com fístula arterio-venosa para hemodiálise, paresia, paralisia ou membro do mesmo lado em que foi feita uma mastectomia.

Venóclise:

Venóclise é a administração endovenosa de regular quantidade de líquidoatravés de gotejamento controlado, para ser infundido num período de tempo pré- determinado. É indicada principalmente para repor perdas de líquidos do organismo e administrar medicamentos. As soluções mais utilizadas são a glicosada 5%, fisiológica0,9% e ringer simples.

Recomendações importantes:

• Atentar para a identificação, registrando no rótulo: o nome do paciente, a solução a serem injetados, os medicamentos e seus complementos do soro, caso houver, tempoem que a solução deverá ser infundida, número de gotas por minuto, início e término, data e assinatura.

• Estabelecer a punção venosa em local longe de articulações e de fácil acesso, para facilitar manutenção da via e oferecer conforto ao paciente.

• Não puncionar veias esclerosadas (são veias com paredes espessas e endurecidas),devido à deficiência circulatória.

• Realizar a punção com técnica asséptica, mantendo todo o conjunto de punção limpo, inclusive sua fixação, prevenindo infecção.

• Manter as conexões do sistema bem-adaptadas evitando extravasamento de solução, contaminação, refluxo sanguíneo e entrada de ar.

• Manter a observação constante no local, a fim de detectar precocemente a infiltraçãonos tecidos adjacentes.

• Retirar o dispositivo da punção e providenciar outra via de acesso venoso, napresença de sinais de flebite (edema e hiperemia local). Comunicar o caso o (a) enfermeiro (a).

• Garantir a infusão do volume e dosagem dentro do tempo estabelecido. Para isto, deve-se controlar constantemente o gotejamento, que não deve ser alterado em casosde atraso, para evitar a sobrecarga cardíaca.

• Orientar aos pacientes que deambulam manterem o frasco elevado para promover gotejamento contínuo, evitando refluxo, coagulação sanguínea e obstrução do cateter;

• Orientar o paciente não abrir ou fechar o gotejamento.

Registrar no local da punção data, hora e assinatura do profissional responsável.

• Administração de medicações de horário pela “borrachinha” do equipo: fazer

desinfecção do local antes da introdução da agulha.

• Não injetar medicamentos perfurando o frasco de soro ou deixar agulhar tipo“suspiro” para evitar contaminação do sistema.

• Evitar excesso de polifix ou tree-wall.

Técnica para Mensuração de Glicemia Capilar

É a verificação, por meio de amostra de sangue capilar, da quantidade de glicosepresente na corrente sanguínea.

Material;

• 01 unidade de fita de glicoteste.

• Aparelho de HGT.

• 01 bola de algodão.

• 01 pacote de gaze.

• 01 unidade de agulha 13 x 4,5 - agulha de insulina.

• Luvas de procedimentos.

Procedimento:

• Preparar o material.

• Orientar o paciente quanto ao procedimento.

• Lavar as mãos.

• Calçar luvas de procedimentos.

• Posicionar um dos dedos em que será realizado o teste, de maneira que a gota desangue pingue na fita reagente conectada ao aparelho.

• Comprimir o dedo acima do local a ser puncionado.

• Realizar anti-sepsia do dedo com álcool 70%.

• Fazer um pequeno furo com agulha de insulina no dedo.

• Esperar a gota de sangue pingar sobre a fita – não esfregar o dedo na fita.

• Aguardar por 30 segundos aproximadamente.

• Fazer a leitura.

• Limpar o dedo do paciente.

• Organizar o material.

• Retirar as luvas.

• Lavar as mãos.

• Anotar o resultado no prontuário.

Observação:

Qualquer alteração, comunicar a enfermeira ou medico do paciente e medicarconforme prescrição médica e de acordo com o resultado do HGT.

Movimentação e Transporte de Paciente

Conceito: É mover, e levantar ou transportar o paciente para um determinado local através da utilização de movimentos planejados.

Objetivos:

• Proporcionar conforto e segurança ao paciente.

• Evitar esforços desnecessários e lesões corporais.

• Aliviar a pressão de determinada área -evitar escaras.

O primeiro fator importante ao se mover ou levantar o paciente, é o emprego de uma boa mecânica corporal por parte da enfermagem e de outra pessoa que ajude. Devem-se evitar esforços desnecessários, prevenindo danos para si e para o paciente. Os movimentos devem ser planejados. É bom fazer uma pequena contagem para todos agirem juntos, somando forças, empregando princípios de ergonomia. Por exemplo, contar 1 – 2 – 3 – já!

Procedimentos comuns:

• Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento.

• Calçar luvas de procedimentos.

• Orientar o paciente sobre o procedimento.

• Registrar no prontuário todos os procedimentos realizados com o paciente.

• Deixar a unidade em ordem.

Decúbito Dorsal Para Lateral Direito Ou Esquerdo

Duas Pessoas Procedimento:

• Dobrar em leque o sobrelençol até a altura dos pés;

• As duas pessoas executantes devem colocar-se à esquerda do paciente.

• 1ª pessoa: colocar o braço direito sob o ombro do paciente, apoiando a cabeça. Emseguida colocar o braço esquerdo sob a região lombar.

• 2ª pessoa: colocar o braço direito sob a região lombar e o esquerdo sob o terçosuperior da coxa.

• Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, o direito semiflexionado eabduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo.

• Colocar uma das mãos sobre o quadril do paciente e virá-lo delicadamente para olado direito.

• Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando ascostas e um terceiro entre os membros inferiores.

• Colocar o braço esquerdo do paciente de modo que não pressione o tórax.

• Cobrir o paciente.

• Deixar a unidade em ordem.

OBS: Para as mudanças de decúbito inverso seguir os mesmos passos, mudando oposicionamento dos executantes e do paciente.

Promoção de Conforto e Segurança do Paciente

Conforto: Bem-estar físico e mental; estado isento de ansiedade, dor ou inquietação.

Tipos de Conforto: Espiritual, psicológico, físico.

Métodos para Proporcionar Conforto Físico.

• **Rolo**; com travesseiro ou cobertor.

• **Argolas de Algodão** (diminuir a pressão de regiões com proeminências ósseas, como cotovelos, calcâneos, joelhos e região occipital).

Posições do Corpo

Finalidades:

• Proporcionar conforto.

• Realizar exames físicos.

• Tratamentos e cirurgias.

• De acordo com a região a ser examinada, a enfermagem deve ajudar o paciente a adotar posições específicas, de modo a facilitar a observação ao examinador e mantero conforto e a privacidade do paciente.

• Recomenda-se usar: lençóis, campos, perneiras. E isolar o paciente com biombo se necessário.

• O funcionário deverá lavar as mãos antes e pós o procedimento e calçar as luvas de procedimentos.

Decúbito Horizontal- ou decúbito dorsal

O paciente se deita de costas, com as extremidades inferiores em extensão ouligeiramente flexionadas para permitir o relaxamento dos músculos abdominais.

• Sob a cabeça colocam-se travesseiros (1 ou 2)

• Os braços cruzam sobre o tórax ou estendidos.

• Cobrir o paciente com lençol (solto do colchão).

Procedimento:

• Lavar as mãos; Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente

• Colocar a mesa de exame ou o leito na posição horizontal.

• Deitar o paciente horizontalmente de costas.

• Manter os membros superiores ao longo do corpo em posição anatômica e osinferiores alinhados.

• Manter o paciente protegido com o lençol, expondo apenas a área a ser examinada.

• Deitar o paciente em posição confortável após exame.

• Lavar as mãos.

• Proceder às anotações no prontuário.

Posição de Fowler.

O paciente fica semi-sentado, com apoio nos joelhos e nos pés.

Indicada:

• Descanso e conforto.

• Exames.

• Melhorar respiração (pacientes cardíacos e pulmonares).

• Evitar aspiração em pacientes com dietas por SNG ou SNE.

Existem duas variações da posição de fowler que podem ser classificadas como:

Semi – fowler: é uma elevação da cabeça de aproximadamente 30º, posição confortável para o paciente que deve ficar com a cabeça e o tórax ligeiramenteelevados.

Posição usada em caso de pacientes com SNG ou SNE, para prevenir pneumonias aspirativas.

Fowler alta - É a posição totalmente sentada, ou seja, com a cabeceira da cama elevada a um ângulo de 90º.

Procedimento:

• Lavar as mãos.

• Explicar ao paciente a finalidade e o procedimento.

• Colocar o paciente em decúbito dorsal.

• Elevar os pés da cama.

• Elevar a cabeça e o tórax do paciente até formar um ângulo de 45º em relação aonível normal do leito.

• Proteger o paciente com lençol expondo a região a ser examinada.

• Deitar o paciente em posição confortável após exame ou tratamento.

• Lavar as mãos.

• Fazer anotações no prontuário.

Decúbito Ventral ou Prona

Paciente deitado sobre o abdome, com a cabeça voltada para o lado.

Indicação:

• Exames da coluna vertebral.

• Exames da região cervical.

Para conforto pode ser de:

Curta duração: mãos pendentes, cabeça voltada para o lado, sem travesseiros, e ospés sobre a cama.

Longa duração: os braços fletidos, voltados para cima ou ao longo do corpo. Os péselevados com travesseiros, à cabeça para o lado com pequeno travesseiro em baixo.

Decúbito lateral ou SIMS

Pode ser “direita” ou “esquerda” conforme deitado sobre o lado direito ou esquerdo.

Indicação:

Lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação detemperatura retal e repouso.

Procedimento:

• Colocar biombo.

• Lavar as mãos.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• Deitar o paciente sobre o lado, colocar travesseiro pequeno para servir de apoio.

• Colocar braço esquerdo para trás do corpo e o braço direito em qualquer posição . Flexionar as pernas: a direita em ângulo agudo (perto do paciente) e a esquerdamenos flexionada.

Genupeitoral

Indicação: exames vaginais e retais

Procedimento:

• Colocar biombo.

• Lavar as mãos.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• Posicionar o paciente ajoelhado e com o peito apoiado na cama.

• Colocar travesseiro sobre o tórax e cabeça do paciente.

• Os braços flexionados nos cotovelos.

Cobrir o paciente com dois lençóis ou campo fenestrado.

Ginecológica

Indicação: exames ginecológicos.

Procedimento:

• Colocar biombo.

• Lavar as mãos.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• Posicionar o paciente deitado de costas, com as pernas flexionadas sobre as coxas,a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos bem afastados um do outro.

Litotômica.

É considerada uma modificação da ginecológica.

Indicação:

• Parto.

• Operação ou exame de períneo, vagina e bexiga.

Procedimento:

• Colocar biombo.

• Lavar as mãos.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• O Paciente é colocado em decúbito dorsal, com os ombros e a cabeça ligeiramenteelevados As coxas bem afastadas são flexionadas sobre o abdome.

• As nádegas devem ficar um pouco fora do colchão.

Tredelemburg.

Indicações:

• Facilitar drenagem de secreções brônquicas.

• Melhorar retorno venoso -varizes, hemorragias, hipotensão, choque.

• Cirurgia de órgão pélvico, para descolar o intestino para o abdome, para facilitar o procedimento.

Procedimento:

Posicionar o Paciente com o corpo inclinado, com a cabeça em plano mais baixo queo resto do corpo, com declive de 30 a 45º.

Banho de Aspersão

É o banho de chuveiro. Quando o paciente tem condição de tomar banho de aspersão, o pessoal da enfermagem deve acompanhá-lo e supervisioná-lo, não só orientando-o numa boa higienização, como também identificando anormalidades comodispneia, lipotimia, cansaço, tontura e calafrios.

O banho tem várias finalidades como: limpeza da pele, favorecimento do bem estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

A pessoa que acompanhar o paciente deve observar as reações que ele pode apresentar durante o banho, evitando acontecimentos desagradáveis como quedas, ferimentos e mesmo fraturas de membros.

Procedimento:

• Providenciar o material necessário, verificando as condições do banheiro.

• Colocar uma cadeira para o paciente sentar, se necessário.

• Fechar a porta sem trancar.

• Auxiliar o paciente no que for necessário;

Trocar o enxoval do leito do paciente, fazendo a desinfecção concorrente, enquanto opaciente está no banho.

• Proteger o paciente após o banho evitando que se resfrie.

• Lavar as mãos.

• Fazer anotações no prontuário das reações apresentadas durante o banho.

Observações:

As técnicas de limpeza e desinfecção concorrente da unidade do pacienteestão descritas nas "Recomendações Básicas para Limpeza Desinfecção e Esterilização de Artigos, Roupas e Ambientes" da CCIH.

Cuidados com Ostomias Conceito

Colostomias: São realizadas para promover o restabelecimento ou a cicatrização da parte do intestino afetada pela doença, ou o seu tratamento.

Definitiva ou permanentes: são realizados após a retirada da parte doente do intestino por amputação completa do órgão, inexistindo a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou impossibilidade de restaurar a evacuação trans retal.

Tipos:

Terminal: possui somente um estoma realizado em caráter definitivo.**Em alça:**
realizado em íleo ascendente, transverso ou descendente. **Em dupla boca**
que pode ser:

Próximas: Quando realizados em uma única colostomia (as duas bocas)

Afastadas: Quando duas bocas são realizadas em alça terminal em nível de flancoesquerdo.

Limpeza

Material

• 250 ml Soro fisiológico a 0,9%.

• 01 Gaze estéril.

• 01 bolsa para colostomia (se necessário troca).

• Após avaliação, se necessário, lavar com água e sabão.

Procedimento:

• Limpar a região da colostomia com soro fisiológico a 0,9%, em movimentoscirculares;

• Secar a área ao redor com gaze estéril.

• Marcar na bolsa o círculo com um guia de corte, de acordo com o diâmetro da fístula,do dreno ou da ostomia.

• Recortar o orifício marcado.

• Observar para que o orifício não fique apertado demais garrotando a ostomia, ougrande demais facilitando o contato da secreção direta com a pele lesando-a.

• Retirar o adesivo.

• Retirar o protetor que recobre a face superior da placa.

• Aplicar a placa com o aro sobre a região.

• Adaptar a bolsa plástica à parte inferior do aro na placa, em posição cefalocaudal.

• Exercer uma leve pressão à roda, a partir da parte inferior da bolsa plástica até queesteja segura, solicitando ao paciente que enrijeça a região.

• Puxar suavemente a bolsa para baixo, para confirmar se ela se encontradevidamente encaixada.

Cuidados diários com Colostomia:

• Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário),soltando apenas o *clamp* que a fecha na parte inferior.

• Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vasosanitário.

• O c*lamp* poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente.

• Registrar no prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc.

<u>Lavagem intestinal pela colostomia Procedimento:</u>

• Lubrificar a sonda.

• Retirar a bolsa de colostomia e desprezá-la.

• Proceder à limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%.

• Introduzir cerca de 15 cm a 20 cm da sonda no estoma a ser irrigado.

• Deixar a solução correr vagarosamente.

• Fechar a sonda quando terminar a solução evitando a entrada de ar.

• Retirá-la, clampeando-a e puxando-a.

• Deixar fluir o material fecal de 15 a 20 minutos.

• Após o efeito desejado proceder à limpeza ao redor da colostomia e secar a áreacom gaze.

• Fixar nova bolsa de colostomia com placa protetora.

Observação:

Em caso de dois estomas, observar na prescrição médica qual deles será irrigado.

ROTINA DE CURATIVOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDAS

A fisiologia da cicatrização Trata-se de um processo altamente complexo e composto por uma série de estágios, que sofrem diversas interferências internas e externas ao organismo, relacionadas, por exemplo, com o estado nutricional do paciente.

Dentre os estágios destacamos: inflamação (reação local não-específicacaracterizada pela presença de calor, rubor, edema e dor); reconstrução (desenvolvimento do tecido de granulação); epitelização (a ferida é coberta pórcélulas epiteliais após completo preenchimento da ferida cavitária pelo tecido de granulação); maturação (remodelação do tecido cicatricial). Todos esses estágios duram períodos variáveis.

As feridas podem ser classificadas como agudas e crônicas. Nesse manual serão discutidas as feridas crônicas, ou seja, as que possuem um período de cicatrização muito longo. Dentre elas destacamos as úlceras por pressão, úlceras venosas e arteriais, as úlceras diabéticas e as feridas tumorais, que constituem as mais frequentes em pacientes portadores de doença oncológica avançada. Fatores que influenciam negativamente a cicatrização Infecção, idade avançada, obesidade, fumo, caquexia, estado nutricional, diabetes, doença cardiovascular, imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal, tratamento radioterápico ou quimioterápico, uso de drogas imunossupressoras, hospitalização prolongada, qualidade e adequabilidade dos curativos, problemas socioeconômicos e má condição higiênica, doença

oncológica avançada e seus diversos sintomas.

Úlcera por Pressão

Desenvolve-se quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea (como o sacro) e uma superfície externa (como um colchão ou assento de cadeira) por um longo período. Durante esse período de compressão o fornecimento de sangue é interrompido pela oclusão da microcirculação, e de acordo com a durabilidade do evento, é desencadeado o surgimento da lesão.

• Mudança de decúbito de 22horas. • Manter pele sempre limpa e hidratada a cada troca de fralda e/ou absorvente; • Prevenir a umidade constante. • Não massagear proeminências ósseas. • Não utilizar oleado, se necessário para higiene do local (leito) e sim utilizar plástico fino. • Manter lençóis e traçados sempre esticados. • Quando for esticar o lençol não o faça com o paciente sobre ele, e sim o vire para decúbito lateral, devido à fricção, que implica abrasão da camada superior da pele e o cisalhamento, que separa a pele dos tecidos subjacentes.

Terapêutica

• Retirar as coberturas, os adesivos cautelosamente, se necessárioumedecê-lo antes de retirar. • Irrigar a lesão com jatos de água morna de boa procedência, principalmente em casos de pacientes que são assistidos em domicílio ou com soro fisiológico 0,9% morno.

OBS: não usar soro ou águas mornas somente em feridas com risco de hemorragia e feridas tumorais.

• Secar somente as bordas da lesão.

• Utilizar um produto de cada vez, e somente associar dois produtos após uma boa avaliação. Registro

• Descrever: o estagiamento da úlcera, caso não haja tecido necrótico extenso no leito da úlcera; localização anatômica, tamanho da úlcera (profundidade, altura e largura); leito da úlcera com descrição dos tecidos presentes; a presença ou não de odor e de exsudato, descrevendo coloração e quantidade; a característica da pele ao redor da lesão; presença ou não de sinais que caracterizam uma infecção, presença de fístulas e espaço morto, dor.

Tipos de tecidos e condutas específicas

Ferida necrótica dura: precedida pela isquemia do tecido, constituindo uma área morta de coloração preta ou marrom. Deve ser removida através do desbridamento cirúrgico, quando a capa necrótica já está se descolando e pode ser retirada com auxílio de uma pinça e uma lâmina de bisturi.

Este método nem sempre é o mais indicado pelo risco de sangramento, já

que a capa necrótica mascara, muitas vezes, a real profundidade da lesão. Essa capa necrótica também pode ser amolecida com hidrogel amorfo ou hidrocoloide.

A papaína em baixa concentração também pode ser utilizada com objetivo dedesbridar. O uso contínuo da colagenase não é indicado. Ferida necrótica com exsudação: curativo de alginato, de preferência em fita nos casos em que a ferida tem cavidade. No caso de presença de fístulas, o alginato em placa pode funcionar como excelente tampão para diminuir a exsudação e proporcionar conforto ao paciente.

Diante de pouca exsudação, pode-se utilizar o hidrocoloide ou hidrogel amorfo. Nesse caso, também é eficaz utilizar hidrocoloide gel na cavidade e cobrir a lesão com hidrocoloide placa. Como a liquefação do tecido necrótico gera odor, o curativo de carvão ativado também pode ser utilizado com intuito de reduzir o odor.

Observação: nos casos em que o tecido necrótico for muito extenso e endurecido, solicitar avaliação do médico cirurgião, por meio de parecer, para possível realização completa do desbridamento cirúrgico da lesão.

Feridas infectadas: eliminação de exsudato purulento de coloração incomum. Pode desencadear febre. Gera muitas vezes um tecido de granulação não sadio e que sangra facilmente, bem como, alguns bolsões/coleção de exsudato purulento, dor, retardo na cicatrização e odor fétido.

É indicada realização do swab da ferida para avaliação do micro-organismo causador da infecção. Esse procedimento deve ser precedido da retirada do curativo antigo e devida limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9%.

Após a acusação da bactéria causadora, o médico deve ser notificado para que o antibiótico sistêmico seja iniciado. A limpeza dessas lesões precisa ser com abundância de SF 0,9%, e quantas vezes ao dia forem necessárias. Antibióticos tópicos também podem ser associados, como é o caso da sulfadiazina de prata, eficaz contra Pseudomonas aeruginosa. Os alginatos também são adequados para feridas infectadas.

As infecções causadas pelo Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) devem ser tratadas com antibióticos específicos. Feridas com esfácelos ou fibrina: apresenta coloração amarelada, geralmente, podendo estar muito aderida ao leito da lesão, cobrindo grande parte desta. É composto por células mortas que se acumularam no exsudato e pode significar o final da fase inflamatória.

O objetivo do tratamento constitui na escolha da cobertura adequada para a manutenção do leito úmido, bem como, a liquefação do esfacelo. Tal como o tecido necrótico, deve ser removido.

Feridas com tecido de granulação: a lesão apresenta-se com a coloração

vermelha. É indicado o uso do ácido graxo essencial associado ao óleo de girassol, hidrocoloide pasta e placa, filme de poliuretano e papaína em altas concentrações (cicatrizar).

Feridas com granulação hipertrófica, com granulação exuberante ou super granulação: interfere na fase de epitelização.

Utilizar bastão de nitrato de prata, que possui efeito cáustico, destruindo o tecido saliente. Além disso, de forma menos traumática e facilmente manipulado pelos enfermeiros, o uso do filme de poliuretano também tem apresentado bons resultado Cuidados com a pele peri lesão:

• Mantê-la seca; ter cuidado na retirada dos curativos adesivos; tratar as dermatites de contato, micoses e prurido ocasionais; conhecer alergias. Antes da aplicação de ataduras para a fixação dos curativos indica-se a aplicação do ácido graxo essencial. Se possível, banhos de imersão ou aspersão podem ajudar aremover as descamações da pele

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO VI

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

TERMO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 001/2021

Termo de Convênio de Cooperação Técnica nº 001/2021 que entre si celebram o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC e o Centro Universitário de Goiatuba - UniCerrado, na forma abaixo.

O **INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA - IBGC**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 21.236.845/0001-50, com sede à Rua João de Abreu, nº 192, Quadra F8, Lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74.120-110, neste ato representado por sua Presidente, Sra. **LUDMYLLA BASTOS E BARBOSA MAQUEARA**, brasileira, casada, administradora, inscrita no CPF/MF sob o nº 881.636.951-53 e portadora do RG nº 3521214 - 2ª via PC/GO, residente e domiciliada na Rua 66, nº 372, Centro, CEP: 74.055-070, Goiânia – GO doravante denominada **CONCEDENTE**, e de outro lado o **CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO**, Instituição de Ensino Superior, credenciada por meio do Decreto nº 8.089 de 15 de fevereiro de 2017 do Governo do Estado de Goiás, representada pelo Magnífico Reitor **GILMAR VIEIRA DE REZENDE**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 1303501 SSP/GO e inscrito no CPF sob o nº 469.071.576-91, residente e domiciliado no Município de Goiatuba – GO, assinando de forma conjunta a mantenedora **FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE GOIATUBA - FESG**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o numero 423.633.811-49, com sede à Rod. GO 320, Km 01, Jardim Santa Paula, na cidade de BOM JESUS (GO), mantenedora do, neste ato representa por seu Presidente **VINÍCIUS VIEIRA RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG nº 4742182 DGPC-GO e inscrito no CPF sob o nº 698.617.571-04, residente e domiciliado no Município de Goiatuba – GO, doravante denominado **CONVENENTE**, resolvem celebrar o presente Termo de Cooperação Técnica, que se regerá mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este Convênio de Cooperação Técnica visa à realização de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência em Saúde por parte dos alunos do Curso de Graduação em Medicina e áreas multiprofissionais de saúde do UniCerrado, tendo por objetivo a utilização da rede e estrutura de serviços de saúde e unidades hospitalares e de saúde geridas pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo Primeiro: Serão partes integrantes deste Convênio os Planos de Trabalho e Termos de Compromissos, para realização das atividades de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência, os quais serão expedidos pela **CONVENENTE** conforme a capacidade estrutural da CONCEDENTE.

Parágrafo Segundo: Os partícipes cumprirão o Plano de Trabalho anexo, parte integrante deste Convênio.

Parágrafo Terceiro: A CONCEDENTE firma o presente Termo de Convênio de Cooperação Técnica com cláusula de exclusividade para com os acadêmicos da **CONVENENTE**, ficando vedado a celebração de convênio com qualquer outra Instituição de Ensino Superior para o mesmo fim.

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS COMPROMISSOS

Para a consecução das atividades de estágio curricular, internato e residência caberá:

I – À CONVENENTE:

1 - Apresentar à CONCEDENTE o plano de atividades de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência, bem como as orientações sobre as condições básicas para o funcionamento das mesmas;

2 - Apresentar à CONCEDENTE a relação dos alunos selecionados para o desenvolvimento das atividades;

3 - Encaminhar o ESTAGIÁRIO ao CONCEDENTE, observando a compatibilidade do currículo de seu curso com os requisitos necessários para o preenchimento da vaga a ser preenchida;

4 - Orientar o andamento das atividades dos acadêmicos, mediante orientação indireta de um professor. A orientação será realizada com a presença do docente em intervalos quinzenais ou de acordo com o que for estabelecido nos Planos de Trabalho;

5 - Avaliar, através dos relatórios de atividades dos acadêmicos, o resultado do desenvolvimento das atividades de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência, emitindo conceito de aproveitamento para fins de concessão de crédito escolar;

6 - Gerenciar os Termos de Compromisso firmados com os acadêmicos, zelando pelo seu fiel cumprimento e reorientando o acadêmico para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

7 - Comunicar à CONCEDENTE, de imediato e por escrito, o desligamento do acadêmico de seu curso bem como qualquer outra causa impeditiva de continuidade das atividades;

8 - Avaliar os resultados do presente Convênio a sugerir as alterações julgadas necessárias;

9 - Exigir do acadêmico a apresentação periódica, no prazo de 03 (três) meses, de relatório das atividades

10 - Assinar, na qualidade de CONVENENTE, o Termo de Compromisso de Estágio do acadêmico;

II – À CONCEDENTE:

1 - A Disponibilizar toda a rede e estrutura de serviços de saúde nas unidades hospitalares e de saúde geridas pela CONCEDENTE para a realização das atividades de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência em Saúde;

2 - Incluir nos contratos de trabalho de trabalho de todos os profissionais da rede e estrutura de serviços de saúde nas unidades hospitalares e de saúde geridas pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBG o dever de orientação, supervisão, preceptoria e avaliação de alunos da CONVENENTE referente às atividades de treinamento, estágios curriculares, internato e residências durante o exercício de suas atribuições voltadas à Assistência à saúde.

3 - Apresentar ao UniCerrado propostas que possibilitem a melhoria de qualidade das atividades dos estágios curriculares, internato e residências, bem como das condições básicas para o funcionamento das atividades;

4 - Garantir a participação dos estagiários, internos e residentes em todas atividades de assistência à saúde que compreender a rede e estrutura de serviços de saúde nas unidades hospitalares e de saúde geridas pela CONCEDENTE;

5 - Avaliar periodicamente os resultados do cumprimento do presente Convênio e sugerir as ações e alterações julgadas necessárias;

6 - Estar ciente de todas as propostas de atuação do Internato, bem como das condições para o seu funcionamento;

7 - Propiciar, dentro de suas disponibilidades, o apoio necessário às atividades desenvolvidas pelos estagiários através do fornecimento de medicamentos básicos, meios para o diagnóstico laboratorial e outros, e apoio aos programas de saúde;

8 - Exigir do acadêmico a execução das obrigações e das atividades inerentes ao seu Plano de Atividades e de compromisso;

9 - Encaminhar à CONVENENTE, com periodicidade mínima de 06 (seis) meses, relatório de atividades, a avaliação e a frequência dos acadêmicos que fizerem parte das atividades correspondentes ao objeto deste convênio;

10 - Comunicar à CONVENENTE imediatamente, por escrito, a ocorrência de qualquer ato ou fato relevante concernente à realização das atividades correspondentes ao objeto deste convênio;

11 - Assinar, na qualidade de CONCEDENTE, o Termo de Compromisso de Estágio;

12 - Por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA INEXISTÊNCIA DE REPASSE FINANCEIRO

Para alcançar os objetivos definidos na cláusula primeira, as instituições signatárias desenvolverão suas ações de acordo com as propostas específicas em Plano de Trabalho e não haverá repasse orçamentário entre os partícipes. Que, uma vez definidas, serão formalizadas em comum acordo entre as partes.

CLÁUSULA QUARTA – DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

As atividades teóricas e práticas desenvolvidas por meio dos Programas de Internato e Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional não acarretarão vínculo empregatício de qualquer natureza com a Unidade de Saúde e cada parte assumirá toda a responsabilidade trabalhista por seus próprios colaboradores.

CLÁUSULA QUINTA – DA FORMA DE EXECUÇÃO

A execução das atividades que integram o objeto deste convênio será realizada conforme as vagas que serão estabelecidas pelas instituições signatárias observando a capacidade máxima da rede e estrutura de serviços de saúde e unidades hospitalares e de saúde geridas pelo CONCEDENTE.

CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES

Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas mediante Termo Aditivo em comum acordo pelas partes signatárias.

CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE COM OS RESIDENTES

O CONCEDENTE não se responsabilizará no tocante a obrigações futuras, caso ocorra algum incidente relacionado as atividades nas Unidades de Saúde, estando estes desenvolvendo as atribuições pertinentes ao presente instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Convênio terá vigência de 180 (cento e oitenta meses), contados a partir da data de assinatura deste. Pode ser prorrogado por igual período em caso de interesse de ambas as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

A fiscalização da execução do Termo de Convênio será realizada pela equipe técnica designada por ambas as partes signatárias.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICIDADE

As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente Termo de Convênio de Cooperação Técnica, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, nos limites permitidos pela legislação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

O presente Convênio poderá ser encerrado antecipadamente apenas por mútuo acordo das partes ou em caso de inércia de uma das partes com o cumprimento de obrigação contratual, depois de expedida notificação extrajudicial pela outra parte para permitir a oportunidade de regularização da pendência no prazo mínimo de 30 (trinta).

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Goiatuba/GO para dirimir dúvidas ou litígios oriundos da execução deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

Goiatuba, aos 28 dias do mês de abril do ano de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA – IBGC
LUDMYLLA BASTOS E BARBOSA MAQUEARA
Diretora Presidente

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO
GILMAR VIEIRA DE REZENDE
Reitor

FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE GOIATUBA – FESG
VINÍCIUS VIEIRA RIBEIRO
Presidente

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____

PLANO DE TRABALHO

1 – PARTÍCIPE 1

Nome do Partícipe 1 Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC			**C.N.P.J** 21.236.845/0001-50
Endereço Rua João de Abreu, nº 192, Quadra F8, Lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste			
Cidade Goiânia	**UF** GO	**CEP** 74.120-110	**DDD/Telefone/Fax** (62) 3954-5060
Página na Internet www.ibgcbrasil.org.br		**E-mail:** matriz@institutoreger.org.br	
Nome do Representante Legal Ludmylla Bastos e Barbosa Maqueara		**CPF do Representante** 881.636.951-53	
Cargo Diretora Presidente		**C.I / Órgão Expedidor** 3521214 - 2ª via PC/GO	

2 – Partícipe 2

Nome do Partícipe 2 Centro Universitário de Goiatuba – UniCerrado	**C.N.P. J** 01.494.661-0001-61
Nome do Representante Legal Gilmar Vieira de Rezende - Reitor	
Endereço (Rua, Bairro, Cidade e CEP) Rod. GO 320, KM 01, Jardim Santa Paula, em Goiatuba/GO, CEP 75600-000	**Fone:** (64) 3495-8100

3 – Descrições do Projeto

3.1- Título do Projeto: Termo de Convênio de Cooperação Técnica nº 001/2021 realizado entre o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC e o Centro Universitário de Goiatuba - UniCerrado	**3.2- Período da Execução:** 180 (cento e oitenta) meses a partir da assinatura

3.3- Justificativa da Proposição:

3.3.1- Justificativa contendo a caracterização dos interesses recíprocos – a realização de Estágio Curricular, Treinamentos, Internato e Residência em Saúde por parte dos alunos do Curso de Graduação em Medicina e áreas multiprofissionais de saúde do UniCerrado, tendo por objetivo a utilização da rede e estrutura de serviços de saúde e unidades hospitalares e de saúde geridas pelo Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada – IBGC, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como característica a integração ao serviço de saúde e a busca de respostas às necessidades concretas da população na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços.

3.3.2- A relação da proposta apresentada – A formação em serviço tanto em hospitais de ensino quanto nas unidades de saúde geridos pelo IBGC, reduz o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde, promovendo a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade.

3.3.3- Os objetivos a serem alcançados – Atender a demanda e completar a formação dos profissionais de saúde de uma forma mais próxima à realidade da população.

3.3.4- A indicação do público-alvo – Os alunos matriculados nos Curso de Graduação em Medicina e áreas multiprofissionais de saúde do UniCerrado.

3.3.5- O problema a ser solucionado e os resultados esperados – Necessidades locais e regionais de saúde que requerem atendimento à população de forma mais humanizada.

3.3.6- Informações relativas à capacidade técnica e gerencial para execução do objeto.

4 – Identificação do Objeto

O objeto deste termo de Convênio é a cooperação mútua entre os partícipes, a fim de ofertar vagas para estágios curriculares, residência médica, multiprofissional e profissional na área da saúde, dentro dos limites das unidades de saúde geridas pelo IBGC.

5 – Metas

Metas a serem atingidas:
Utilização das unidades de saúde geridas pelo IBGC como cenário de prática dos estagiários, internos e residentes do Curso de Graduação em Medicina e áreas multiprofissionais de saúde do UniCerrado.

As atividades teóricas e práticas de residências serão realizadas nas Unidades de Saúde geridas pelo IBGC que apresentarem capacidade de absorção e disponibilidade de vaga de acordo com a necessidade dos programas demandados e previamente planejado em comum acordo entre os partícipes.

6 – Etapas ou Fases

Etapas / Fases	Especificação das Ações
1 – Cronograma anual das disciplinas 1.2 – Campos cenários de práticas de residências	1 – Elaboração de cronograma anual de disciplinas, com definição de número de vagas para a instituição conforme a capacidade da unidade hospitalar; 1.2 – Encaminhamento da relação de alunos para a Unidade de Saúde.
2 – Demanda dos Programas 2.1 - Execução	2 – Encaminhamento das demandas de cada programa, especificando o número de acadêmicos, a área profissional e o período de permanência. 2.1 – Realização dos treinamentos/ estágios / internato / residências
3 – Utilização dos campos de estágio / residência	3 – Demanda de vagas para cursos de capacitação / qualificação a fim de levantamento e reserva quanto a disponibilidade das mesmas

7 – Do Proponente – Contrapartida

Não haverá contrapartida financeira. Haverá, por parte do IBGC, a disponibilização de campos para a realização de atividades práticas em áreas de saúde, conforme objeto do convênio, em unidades geridas pelo Instituto, para os alunos que estiverem comprovadamente matriculados no UniCerrado, na modalidade de Cursos, Estágios, Internato e Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

8 – Previsão de Início e Fim da Execução do Objeto

Etapas / Fases	Início	Fim
1, 1.2, 2, 2.1, 3	A partir da assinatura	180 meses, após a assinatura

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, as partes abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

Goiatuba, aos 28 dias do mês de abril do ano de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA – IBGC
LUDMYLLA BASTOS E BARBOSA MAQUEARA
Diretora Presidente

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA – UNICERRADO
GILMAR VIEIRA DE REZENDE
Reitor

FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE GOIATUBA – FESG
VINÍCIUS VIEIRA RIBEIRO
Presidente

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO VII

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

Em que pese a exigência contida no Anexo I do Termo de Referência em item 6.7.1 em que afirma que: " Considerando a necessidade da região o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar à SES/GO, no prazo de 01 (um) mês após a assinatura do contrato de gestão, projeto para implantação dos serviços de Hemodiálise e de Odontologia, incluindo as adequações na estrutura física, caso necessário, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminada para o investimento e custeio, que será analisada e homologada por meio de Termo Aditivo ao Contrato. Ressalta-se que os projetos devem seguir as portarias e RDC's vigentes e específicas para cada serviço", essa proponente entende que se tratando de um serviço tão importante, um mero esboço de um projeto à ser implantando na unidade é medida que se impõe, haja vista a necessidade de personalização da proposta à unidade, e sobretudo o pleno conhecimento da necessidade do serviço à ser prestado, bem como do conhecimentos técnicos minimamente exigidos nesta temática.

Vejamos:

Apresentação

Para a efetividade do objeto com a implantação do serviço de Hemodiálise na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, com foco no atendimento aos usuários que necessitam de terapia renal substitutiva, da forma ambulatorial a Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, contará em sua estrutura cadeiras para os pacientes em indicação de tratamento de hemodiálise.

O IBGC fará o dimensionamento do quadro pessoal contemplando todo o aporte de funcionários e médicos, como exemplificado no quadro abaixo, segmentado pela escolaridade e pela função.

Além destes, estima um quadro de terceirizados, englobando as funções e dos profissionais que farão a manutenção dos equipamentos e análise da água, bem como a atuação de demais profissionais lotados na Policlínica mediante solicitação de parecer profissional.

Escolaridade	Função
Superior – Especialista	Médico Nefrologista
Superior – Especialista	Enfermeiro
Nível Médio/Técnico	Técnico em Enfermagem
Técnico/Tecnólogo	Técnicos para manutenção dos equipamentos e sistema de água
Superior	Assistente Social
Superior	Psicóloga

O IBGC em sua gestão possuirá uma estrutura organizacional formada por um diretor técnico, que norteará as ações de implantação dos serviços, conforme organograma institucional.

Apresenta-se abaixo a demonstração referenciada dos móveis, máquinas e utensílios que serão utilizados para implantação dos serviços de hemodiálise na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás a nível ambulatorial.

Quantidade	Características	Principal Função
4	Computador	Sendo 1(um) para cadastro e controle, 2(dois) para acompanhamento dos pacientes e 1 (um) para os executore
1	Impressora	Impressão de documentos diversos
2	Maca	Transporte ou para examinar os pacientes
2	Cadeira de roda	Transporte de pacientes
1	Balança	Pesagem de pacientes
1	Filtro de água	Proporcionar conforto aos pacientes e profissionais
3	Ar-condicionado	Proporcionar conforto aos pacientes e profissionais
2	Mesas para aparelhos	Suporte de aparelhos
2	Mesas de escritórios	Atendimento aos usuários e atividades diversos
8	Cadeira	Proporcionar conforto aos profissionais
4	Armário de madeira	Armazenar medicamentos, materiais e documentos
10	Poltrona	Proporcionar conforto aos pacientes
10	Puffs	Proporcionar conforto aos pacientes
12	Equipamentos de diálise	Tratamento do paciente

Hemodiálise

O tratamento de hemodiálise aplica-se principalmente nos casos de insuficiência renal crônica, onde os pacientes necessitam de uma máquina para substituir seu rim não funcionante, isto é, um órgão que não filtra o sangue, dificultando que a pessoa urine.

O procedimento do tratamento começa quando o médico encaminha o paciente para fazer exames para identificar os problemas que causaram o não funcionamento do rim. Verificando o

problema do paciente e observando que com a medicação o rim não retorna a funcionar este é encaminhado para um centro de tratamento de diálise.

Após o encaminhamento, este paciente realizará três seções de hemodiálise semanais, sendo que cada seção terá uma duração aproximada de quatro horas. As sessões serão acompanhadas por médicos e enfermeiros especialistas além de um suporte multiprofissional de acordo com as necessidades do paciente, recebendo suporte psicológico, direcionamento da resolução de suas demandas sociais e a prescrição e acompanhamento de uma dieta elaborada especialmente para si, visando a redução de ingestão de muito sal e líquidos.

O tratamento de hemodiálise é permanente, exceto quando a pessoa consegue um transplante do rim. E mesmo quando ocorre o transplante é feito um acompanhamento médico. Com vistas a melhoria clínica dos pacientes e uma recuperação funcional a equipe de saúde da Policlínica Regional estimulará os pacientes a se inscreverem na fila de transplante renal em parceria com serviços transplantadores do Estado.

Norteamento da proposta de implantação frente aos processos e atividades

O paciente ao chegar à Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás é recebido pela recepcionista, a qual possui um relatório em sistema eletrônico com os nomes dos pacientes em hemodiálise na unidade. Após assinar a lista este é dirigido à sala onde são realizados os tratamentos de hemodiálise. Ao chegar à sala de hemodiálise, os técnicos em enfermagem, primeiramente, verificam as pressões e os pesos dos pacientes e registram estes dados no prontuário, eletrônico.

Antes de colocarem o paciente na máquina de hemodiálise os técnicos de enfermagem já terão realizado a desinfecção das máquinas, conforme protocolos e POP's implantados. Durante a realização da sessão de hemodiálise os médicos verificam o prontuário dos pacientes, caso estes estejam com algo incomum é indicado o agendamento de uma consulta com o médico responsável.

No decorrer da seção os pacientes receberão um lanche fornecido por empresa terceirizada. Para a manutenção da sala em boa conservação em relação à higienização, são disponibilizados profissionais de serviços gerais exclusivos para este serviço.

Ao término da seção de hemodiálise os técnicos de enfermagem retiram as agulhas, o conjunto de capilar e linhas do paciente e os desprezam. A cada nova sessão serão utilizados novos capilares e dialisadores, conforme preconiza-se na Resolução 11/2014.

Desta forma para implantação deste novo serviço descrevemos abaixo os seguintes processos e atividades para a concepção e prestação do serviço na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, conforme a seguir.

PROCESSO	ATIVIDADES
Processo 1 – Administração	Comprar material para consumo, produtos e medicamentos para tratamento de hemodiálise, material de limpeza e desinfecção da sala;
	Controlar os materiais;
	Controlar os documentos;
	Controlar pessoal e o horário-ponto.
Processo 2 – Hemodiálise	Fazer o processo de desinfecção da máquina
	Verificar o peso e a pressão do paciente
	Registrar dados em prontuários comuns e eletrônico
	Auxiliar os pacientes a fazerem uma adequada alimentação;
	Colocar as soluções de diálise na máquina
	Preparar a máquina de hemodiálise e instalar o conjunto capilar e linhas
	Colocar as agulhas e fístula no paciente
	Puncionar as fístulas arteriovenosa
	Observar a seção de hemodiálise
	Verificar a pressão de hora em hora
	Retirar as agulhas de fístulas no término das seções de hemodiálise
	Retirar o conjunto capilar e linhas
	Colocar o soro no paciente
	Transportar pacientes em cadeiras de rodas ou em macas, quando necessário, até a recepção.
	Controlar entrada e saída dos pacientes

Processo 3 – Recepção	Encaminhar paciente para o tratamento de hemodiálise
	Preencher prontuários com dados dos pacientes
	Fornecer pulseira de identificação com dois dados identificadores
Processo 4 – Serviços Gerais	Limpar o espaço físico
	Disponibilizar refeições aos pacientes
	Desinfetar as poltronas
	Organizar as rouparias para a lavanderia

Observa-se que para realizar um tratamento de hemodiálise é necessário realizar um processo, “cadeia de atividades interdependentes, relacionadas entre si, necessárias para gerar um produto ou serviço”.

Percebe-se então que os processos interagem uns com os outros para que se possa proporcionar o tratamento de hemodiálise. Assim, a proposta compreende a realização de diversas atividades para proporcionar o tratamento, essas atividades são qualquer evento necessário para o processo e que consome recursos da unidade de saúde, onde todas as atividades estão diretamente ou indiretamente relacionadas com o tratamento de hemodiálise, e todas são importantes para realização deste serviço que se pretende implantar.

Descrição de Elementos e Custos

Nos elementos de custos destacam-se os recursos utilizados para a realização das atividades. No quadro abaixo apresenta-se os recursos para a realização das atividades necessárias em um tratamento de hemodiálise na estrutura da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Observa-se que no processo de hemodiálise, para realizar a atividade de desinfecção das máquinas, se a unidade não possuir um dos recursos, como materiais de hemodiálise, mão-de-obra, água, energia elétrica, não consegue realizar esta atividade. Estes recursos foram determinados conforme as visitas técnicas realizada à Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, primeiramente, identificou-se as ações frente a implantação das atividades e posteriormente todas as demandas que serão necessárias para a alocação de recursos para realização destas.

Para a realização de todas as atividades são necessários recursos de mão-de-obra, de materiais de hemodiálise e de manutenção das máquinas frente ao processo de hemodiálise. Evidencia-se, ainda, que a maior parte dos recursos referentes à água e à energia elétrica são mensurados em comparação as atividades do processo de hemodiálise, implantados em outros serviços em nível ambulatorial frente a gestão de uma Policlínica.

Mão-de-obra	Os gastos com salários e encargos do pessoal.
Materiais para hemodiálise	Os gastos referentes aos materiais necessários para o tratamento de hemodiálise.
Materiais de expediente	Os gastos com guias, cartuchos de impressoras, papéis e canetas.
Insumos para o lanche	Os gastos com os lanches dos pacientes.
Materiais de limpeza	Os gastos referentes aos materiais utilizados na limpeza nas salas de hemodiálise.
Energia elétrica	Os gastos referentes ao consumo de energia elétrica para realização do tratamento de hemodiálise.
Água	Os gastos referentes ao consumo de água para realização do tratamento de hemodiálise
Manutenção das máquinas	Os gastos referentes à manutenção das máquinas de hemodiálise.
Depreciação	Os gastos referentes ao desgaste com o passar do tempo dos equipamentos, máquinas de hemodiálise, conforme a legislação.
Lavanderia	O gasto referente à utilização de rouparias.

Direcionadores de custo

O direcionador de custo deve refletir a causa básica da atividade e, consequentemente, da existência de seus custos. Primeiramente o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada aloca os recursos às atividades através de direcionadores e em sequência a estas atividades ao serviço prestado.

Os direcionadores de custos foram escolhidos conforme a mensuração da quantidade que cada atividade consome de recurso e a disponibilidade de dados. Para o recurso energia elétrica adotou-se como direcionador o número de horas a serem trabalhadas, em razão da Policlínica Regional - Unidade Cidade de Goiás não possuir um medidor de energia elétrica (série histórica) para o funcionamento das máquinas e equipamentos, impossibilitando a alocação direta.

Caso se existisse adotar-se-ia como direcionador o número de horas-máquina. O mesmo ocorreu com o recurso água.

Para o recurso manutenção das máquinas adotou-se como direcionador o número de horas trabalhadas por não se possuir o dado dos componentes utilizados, porque se tivesse utilizaria como direcionador os componentes utilizados.

No recurso depreciação das máquinas estima-se a depreciação das máquinas, móveis e utensílios, máquinas e equipamentos de escritório e equipamentos de processamentos de dados, como direcionador o número de horas trabalhadas, considerando o método linear e a vida útil.

Os materiais de expediente apesar de se ter a quantidade consumida de papel e toner no mês, não se conseguiu fazer uma alocação direta do consumo de cada atividade, então, utilizou-se como direcionador o número de horas trabalhadas para facilitar a mensuração destes materiais.

O restante dos recursos como mão-de-obra, materiais de hemodiálise, de limpeza, insumos para o lanche e gastos com lavanderia fez-se uma alocação direta, em razão de ter disponível os dados a respeito dos salários e quantidade de horas trabalhadas no mês, valor dos materiais e o custo de cada peça lavada.

Apresenta-se abaixo, os direcionadores de recursos empregados às atividades da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás. Por meio da visita técnica a unidade de saúde e das pesquisas realizadas pelo IBGC, determinou-se os respectivos direcionadores de recursos.

RECURSOS	DIRECIONADORES
Mão-de-obra	Número de horas trabalhadas.
Materiais para hemodiálise	Materiais consumidos.
Materiais de expediente	Materiais consumidos e números de horas trabalhadas

Insumos para o lanche	Insumos consumidos.
Materiais de limpeza	Materiais consumidos.
Energia elétrica	Número de horas trabalhadas.
Água	Número de horas trabalhadas.
Manutenção das máquinas	Número de horas trabalhadas.
Depreciação	Método linear, levando em consideração o tempo da vida útil e o número de horas trabalhadas.
Lavanderia	Número de tratamentos.

Após determinar os direcionadores de recursos fez-se alocação dos respectivos às atividades. Alocação dos recursos às atividades para implantação do serviço na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

Apresentam-se os recursos como mão-de-obra, materiais diretos, materiais de expediente, insumos para o lanche, materiais de limpeza, energia elétrica, consumo de água, manutenção, depreciação e lavanderia.

CONCLUSÃO:

De maneira sucinta, verifica-se que esta proposta resumida do serviço de hemodiálise na Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás e viável e auxiliará na solicitação de recursos adequados para o custeio através do Sistema Único de Saúde - SUS.

Mediante a proposta o IBGC demonstra que a informação de custos quando precisa, clara e confiável tem muita utilidade para as ações de complementação de serviços na área da saúde.

Para a implantação dos serviços de hemodiálise na Policlínica Regional - Unidade Cidade de Goiás, estaremos obtendo informações e se necessário abrangendo através do sistema de custeio de maneira adequado às necessidades dos usuários.

Em tempo, observa-se que as organizações da área da saúde por estarem continuamente investindo em tecnologia, equipamentos e medicamentos, tem seus custos aumentados.

E para prestar um serviço com mais qualidade e com custo reduzido, é necessário investir em um sistema de custos que proporcione o custo real de um tratamento, para que se consiga alocar adequadamente os recursos visando à maximização da qualidade de seus serviços. Nesse sentido o IBGC está pronto para os desafios que o aguardam frente à gestão e operacionalização

com eficiência, zelo e qualidade dos serviços prestados ao usuário da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás.

TRANSPORTE PARA PACIENTES DE TRATAMENTO DIALÍTICO

A Organização Social à frente da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás deverá oferecer transporte gratuito de pacientes para sessões de tratamento dialítico.

O quadro abaixo mostra a população dos municípios da Macrorregião Centro-Oeste, separados por Regiões, as quais serão atendidas pela Policlínica e a cobertura da atenção primária, bem como à distância de Goiás até os municípios:

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Central	Abadia de Goiás	151	8.958
	Anicuns	99	21.981
	Araçu	124	3.486
	Avelinópolis	123	2.409
	Brazabrantes	117	3.746
	Campestre de Goiás	164	3.649
	Caturaí	107	5.101
	Damolândia	114	2.919
	Goiânia	143	1.536.097
	Goianira	113	44.289
	Guapó	165	14.207
	Inhumas	97	53.259
	Itaguari	69,5	4.676
	Itauçu	73,1	8.938
	Jesúpolis	104	2.490
	Nazário	117	9.206
	Nerópolis	126	29.293
	Nova Veneza	114	15.342
	Ouro Verde de Goiás	137	3.723
	Petrolina de Goiás	114	10.261
	Santa Bárbara de Goiás	132	6.634
	Santa Rosa de Goiás	93,9	2.319
	Santo Antônio de Goiás	131	6.283

	São Francisco de Goiás	119	6.264
	Taquaral de Goiás	72,5	3.529
	Trindade	136	129.823
Total – Região de Saúde Central			**1.935.887**

Região	Municípios	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Rio Vermelho	Americano do Brasil	73	6.164
	Araguapaz	119	7.770
	Aruanã	174	10.110
	Britânia	187	5.797
	Faina	84,7	6.627
	Goiás	0	22.381
	Guaraíta	55,4	1.951
	Heitoraí	79	3.733
	Itaberaí	43	43.622
	Itapirapuã	58,1	4.685
	Itapuranga	89,6	26.639
	Jussara	86	18.371
	Matrinchã	114	4.336
	Mossâmedes	41,9	4.290
	Mozarlândia	162	15.870
	Nova Crixás	238	12.945
	Santa Fé de Goiás	123	4.762
Total – Região de Saúde Rio Vermelho			**199.734**

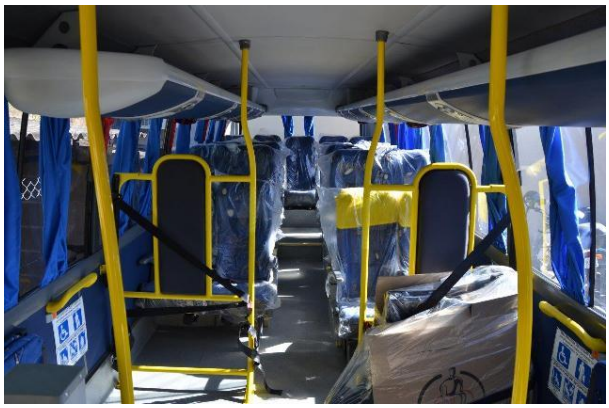
Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Oeste I	Amorinópolis	205	3.069
	Aragarças	243	20.273
	Arenópolis	243	3.011
	Baliza	320	5.138
	Bom Jardim de Goiás	276	8.841
	Diorama	185	2.479
	Fazenda Nova	122	5.637
	Iporá	182	31.499
	Israelândia	154	2.800
	Ivolândia	155	2.663
	Jaupaci	133	2.860
	Moiporá	145	1.763

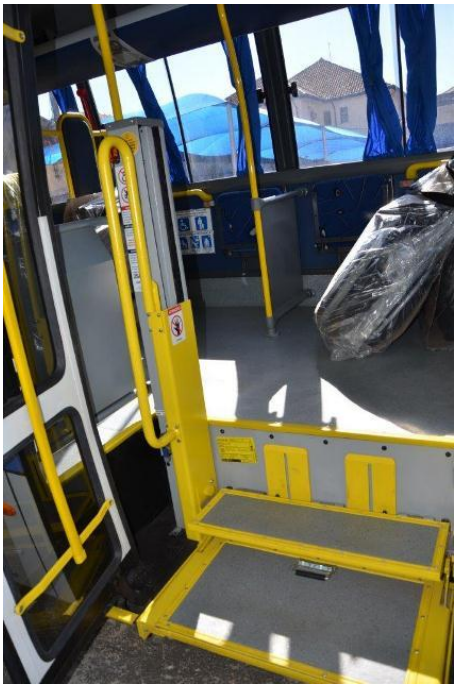
	Montes Claros de Goiás	151	8.055
	Novo Brasil	113	2.913
	Palestina de Goiás	248	3.464
	Piranhas	254	10.385
Total – Região de Saúde Oeste I			**113.668**

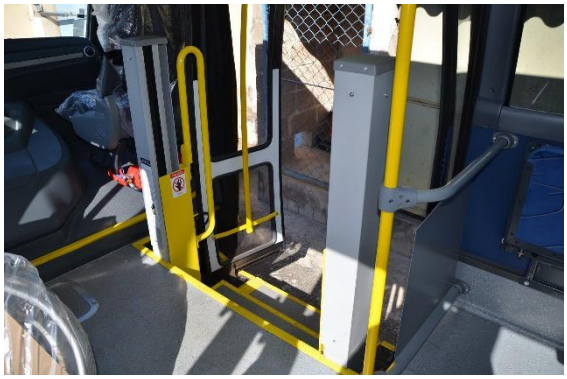
Região	Município	Distância em km até Cidade de Goiás	População
Oeste II	Adelândia	115	2.516
	Aurilândia	116	3.120
	Buriti de Goiás	72,8	2.476
	Cachoeira de Goiás	142	1.342
	Córrego do Ouro	94,9	2.327
	Firminópolis	108	13.449
	Palmeiras de Goiás	158	28.858
	Palminópolis	147	3.585
	Paraúna	158	10.980
	Sanclerlândia	56,1	7.632
	São João da Paraúna	142	1.381
	São Luís de Montes Belos	126	34.157
	Turvânia	126	4.633
Total – Região de Saúde Oeste II			**116.783**

Fonte: http://www.entrecidadesdistancia.com.br/ (acesso em 13/05/2020)

O IBGC se compromete em disponibilizar 02 (DOIS) VEÍCULOS TIPO micro-ônibus ADAPTADO COM ELEVADOR PARA DEFICIENTE FÍSICO, (DPM – Dispositivo Móvel de Poltrona), com no mínimo 28 (vinte e oito) poltronas, equipados com ar-condicionado e rede *wifi*; equipado com tacógrafo, ar-condicionado, geladeira, TV, poltronas reclináveis com cinto de segurança e demais equipamentos de segurança necessários, seguro de acidentes pessoais para os passageiros e todas as despesas com motorista, combustível, manutenção e encargos(incluindo trabalhistas) ficam a cargo dessa proponente.







PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE CIDADE DE GOIÁS

ANEXO VIII

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

Itens de Despesas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
1. Pessoal	R$ 659.287,37	R$ 741.261,96	R$ 963.286,48	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	R$ 1.070.643,00	**R$ 11.999.622,82**
1.1. Salários	R$ 112.313,73	R$ 126.278,61	R$ 164.101,88	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	R$ 182.360,00	**R$ 2.043.934,21**
1.2. Outras Formas de Contratação	R$ 146.239,82	R$ 164.423,01	R$ 213.671,37	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	R$ 237.500,00	**R$ 2.661.834,20**
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	R$ 400.733,83	R$ 450.560,34	R$ 585.513,23	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	R$ 650.783,00	**R$ 7.293.854,40**
2. Medicamentos	R$ 58.186,63	R$ 65.421,45	R$ 85.016,63	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	R$ 94.493,88	**R$ 1.059.069,66**
3. Materiais	R$ 43.978,27	R$ 49.446,44	R$ 64.256,76	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	R$ 71.419,80	**R$ 800.459,63**
3.1. Materiais Hospitalares	R$ 33.539,47	R$ 37.709,71	R$ 49.004,60	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	R$ 54.467,40	**R$ 610.460,42**
3.2. Gases Medicinais	R$ 10.438,80	R$ 11.736,74	R$ 15.252,15	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	R$ 16.952,39	**R$ 189.999,21**
4. Materiais Diversos	R$ 36.052,51	R$ 40.535,22	R$ 52.676,42	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	R$ 58.548,54	**R$ 656.200,97**
4.1. Material de Higienização	R$ 9.955,52	R$ 11.193,37	R$ 14.546,04	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	R$ 16.167,56	**R$ 181.202,95**
4.2. Gêneros Alimentícios	R$ 7.732,44	R$ 8.693,88	R$ 11.297,89	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	R$ 12.557,33	**R$ 140.740,15**
4.3. Material Expediente	R$ 2.609,70	R$ 2.934,18	R$ 3.813,04	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	R$ 4.238,10	**R$ 47.499,80**
4.4. Combustível	R$ 11.888,63	R$ 13.366,84	R$ 17.370,51	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	R$ 19.306,89	**R$ 216.387,99**
4.5. GLP	R$ 3.866,22	R$ 4.346,94	R$ 5.648,95	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	R$ 6.278,66	**R$ 70.370,08**
5. Serviços de Apoio	R$ 9.858,86	R$ 11.084,70	R$ 14.404,81	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	**R$ 179.443,70**
5.1. Laboratório	R$ 9.858,86	R$ 11.084,70	R$ 14.404,81	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	R$ 16.010,59	**R$ 179.443,70**
6. Manutenção	R$ 30.736,46	R$ 34.558,17	R$ 44.909,12	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	**R$ 559.442,12**
6.1. Material / Serviços	R$ 30.736,46	R$ 34.558,17	R$ 44.909,12	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	R$ 49.915,37	**R$ 559.442,12**
7. Seguros/Impostos/Taxas	R$ 8.312,38	R$ 9.345,92	R$ 12.145,23	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	R$ 13.499,13	**R$ 151.295,67**
7.1. Seguros	R$ 5.412,71	R$ 6.085,72	R$ 7.908,52	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	R$ 8.790,13	**R$ 98.518,11**
7.2. Impostos/Taxas	R$ 2.899,67	R$ 3.260,21	R$ 4.236,71	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	R$ 4.709,00	**R$ 52.777,56**
8. Telefonia	R$ 3.382,94	R$ 3.803,57	R$ 4.942,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	R$ 5.493,83	**R$ 61.573,82**
9. Água	R$ 10.922,07	R$ 12.280,11	R$ 15.958,27	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	R$ 17.737,22	**R$ 198.795,47**
10. Energia Elétrica	R$ 17.881,27	R$ 20.104,60	R$ 26.126,37	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	R$ 29.038,82	**R$ 325.461,61**
11. Prestação de Serviços Terceiros	R$ 74.328,10	R$ 83.569,92	R$ 108.600,98	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	R$ 120.707,30	**R$ 1.352.864,74**
12. Informática	R$ 13.338,46	R$ 14.996,94	R$ 19.488,86	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	R$ 21.661,39	**R$ 242.776,77**
13. TOTAL	**R$ 966.265,33**	**R$ 1.086.409,01**	**R$ 1.411.812,78**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 1.569.168,87**	**R$ 17.587.006,96**

Rua João de Abreu, nº 192, quadra F8, lote 49E, Edifício Aton Business Style, Sala 77-A, Setor Oeste, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110. Telefone +55 62 3954-5006.

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS

ANEXO IX

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM COM ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NAS ÁREAS DE CENTRAL DE ESTERELIZAÇÃO E LABORATÓRIO

CME - INFORMAÇÕES GERAIS

O documento criado para direcionar o planejamento do trabalho que deve ser executadoem uma CME, com a finalidade de que seja alcançado a meta padrão em serviços de saúde é o Procedimento Operacional Padrão (POP). Neste documento deve conter as instruções sequenciaisdas operações e a frequência de execução das mesmas, especificando o responsável pela suaimplementação, listagem dos materiais utilizados nas atividades e pontos proibidos de cada tarefa.Segundo a Resolução do COFEN nº. 424/2012 que normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Materiais e Esterilização e em empresas processadorasde produtos para a saúde. A Resolução apresenta no seu Art. 1º: Cabe aos EnfermeirosCoordenadores, Chefes ou responsável por Centro de Material e Esterilização ou por empresas

processadoras de produtos para a saúde as seguintes atribuições:

I – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, validação e distribuição para as unidades consumidoras;

II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão para nortear as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado. Os protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta.

E segundo o Art. 2º os Técnicos de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Os procedimentos para a execução do processo de trabalho na Central de Material e Esterilização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, ficam padronizados nestedocumento, sendo aplicáveis em todas as etapas do processo de recepção, lavagem, esterilização e dispensação de materiais com base na RDC 15 de 15 de março de 2012, a qual dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde.

II. OBJETIVO

O POP tem como objetivo padronizar e normatizar todas as atividades exercidas no setor, visando minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, garantir a padronização na execução dos procedimentos, e consequentemente alcançar a eficiência naassistência prestada, facilitando o monitoramento e as ações educativas, ou seja, um POP coerentegarante ao usuário que a qualquer momento que ele se dirija ao estabelecimento, as ações tomadaspara garantir a qualidade sejam as mesmas, de um turno para outro, de um dia para outro. Dessa forma, aumenta-se a previsibilidade de seus resultados, minimizando as variações causadas por imperícia.

Com tudo, o POP também tem a função de disponibilizar informações e procedimentos com o objetivo de aprimorar o comportamento organizacional, oportunizando a formação de novaspercepções, atitudes, competências e capacidades.

III. APLICAÇÃO

O presente documento denominado de POP será utilizado para nortear as atividades da Central de Material e Esterilização da Policlínica Regional – Unidade Cidade de Goiás, e tem como finalidade padronizar todas as etapas do processamento de materiais médico hospitalar.

IV. LISTA DE SIGLAS

CME – Central de Material e Esterilização EPI – Equipamento de Proteção Individual NBZ - Nebulização

POP – Procedimento Operacional Padrão RDC - Resolução da Diretoria do Colegiado

V. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS NA CME

1. Higienização das mãos e uso de epi

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E USO DE EPI **Executante:** Equipe de Enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	

Resultados Esperados:

- Prevenção de Infecção Ambulatorial
- Remoção mecânica da sujidade presente nas mesmas, reduzindo efetivamente à micro biótica transitória
- Proteção do profissional

Recursos Necessários:

1. Água corrente
2. Sabão líquido
3. Papel Toalha
4. Máscara Descartável
5. Touca ou Gorro Descartável
6. Óculos
7. Luvas Descartáveis
8. Capotes

Atividades:

1. Abra a torneira e molhe as mãos evitando encostar-se a pia
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante)
3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos

5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos com movimentos de vai-e-vem
7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular
8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular
9. Esfregue o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular
10. Enxague as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira
11. Seque as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos
12. Os EPIs (máscaras, gorros, óculos, luvas, capotes) devem ser utilizados obrigatoriamente devido aos riscos de contaminação
13. A utilização de capotes de mangas longas (aventais) é indicada durante o procedimento em que haja possibilidade de contato com material biológico

Cuidados Especiais:

- Seguir técnica correta
- A lavagem das mãos deve ser feita antes e depois de realizar qualquer procedimento
- O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após procedimentos
- Sempre utilizar o EPI para proteção

Referências Bibliográficas:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.
- Material fornecido pela CCIH do HUAC

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

2. Rotina da área de recepção do material sujo - expurgo

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>CME</td><td>Página ½</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Tarefa: ROTINA DA ÁREA DE RECEPÇÃO DO MATERIAL SUJO - EXPURGO

Executante: Técnico e auxiliar de enfermagem sob supervisão do Enfermeiro
Frequência: Diária</td><td colspan="2">Revisão:</td></tr>
<tr><td>N.01</td><td></td></tr>
</table>

Resultados Esperados:

- Reconhecimento da importância do processo de limpeza dos materiais como etapa primordial antes dos processos de desinfecção e esterilização
- Área destinada a recepção, lavagem e separação de materiais
- Organização e preservação dos materiais

Recursos Necessários:

1. Roupa privativa da CME
2. Touca/Gorro
3. Máscara
4. Máscara N95
5. Luvas de procedimento
6. Par de luvas de borracha de cano longo
7. Sapatos fechados impermeáveis
8. Avental impermeável de manga longa
9. Óculos de proteção

10. Álcool a 70%
11. Pano limpo
12. Caixa para materiais perfurocortantes
13. Recipiente para lixo comum
14. Recipiente para lixo infectante
15. Livro de controle do expurgo

Atividades:

1. Lavar as mãos e friccionar álcool gel a 70% antes e após as atividades
2. Usar EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara, luvas de procedimento)
3. Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário
4. Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente
5. Registrar o material no livro de recebimento de materiais na presença do entregador
6. Observar: limpeza, integridade e se constam todos os itens completos
7. Anotar em impresso próprio as alterações encontradas, anotar no relatório de instrumentais as pendências (materiais danificados)
8. Caso estejam incompletos, não receber e solicitar ao setor que estava com o material retornar com todos os itens para completa-los
9. Encaminhar para o enfermeiro os instrumentais danificados para as providências devidas
10. Encaminhar o material para a Área de lavagem de material e esterilização química

Cuidados Especiais:

- Conferencia do material recebido
- Receber o material conforme horário padronizado no POP, salvo caso de emergência;
- Identificar e notificar a existência de material danificado ou incompleto;
- Notificar material com presença de sujidade ressecada;
- Advertir a vinda de perfurocortantes e lixos junto aos materiais.
- Não receber material incompleto, solicitar do setor a entrega adequada

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

3. Rotina da área de lavagem de material esterilização química

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/1
		Emissão:	
Tarefa: ROTINA DA ÁREA DE LAVAGEM DE MATERIAL ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	

Resultados Esperados:

- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação
- Procurar oferecer artigos em perfeitas condições de uso
- Manter a organização dos materiais com a finalidade de favorecer o uso posterior

Recursos Necessários:

1. EPI (roupa privativa da CME, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento, luva de borracha cano longo e óculos de proteção)
2. Álcool a 70%
3. Pano limpo

Atividades:

1. Lavar as mãos e friccionar álcool gel a 70% antes e após as atividades
2. Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário
3. Usar EPI (roupa privativa da CME, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento ou luva de borracha cano longo e óculos de acrílico)
4. Efetuar a limpeza e/ou desinfecção do material conforme rotina do setor
5. Não misturar os instrumentais das caixas ou bandejas, facilitando o preparo das mesmas coerentemente
6. Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades
7. Manter a bancada livre

8. Manter os armários em ordem 9. Manter a área limpa e organizada 10. Encaminhar o material para a área de Preparo

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

4. Rotina da área de preparo

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: ROTINA DA ÁREA DE PREPARO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados: • Preparo adequado dos pacotes e instrumentais visando minimizar ao máximo erros e desperdícios • Favorecer o bom desenvolvimento da padronização e rotina do serviço
Recursos Necessários: 1. EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento) 2. Álcool a 70% 3. Pano limpo 4. Papel grau cirúrgico 5. Indicadores químicos (Classe I - fita zebrada, Classe 4 – Multiparametro e Classe 5 - fita integradora) 6. Indicador Biológico 7. Campo Simples 8. Campo Duplo

9. Fita crepe
10. Canetas

Atividades:

1. Lavar as mãos e friccionar álcool gel a 70% antes e após executar as atividades
2. Usar EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento)
3. Realizar desinfecção das mesas, bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades e entre os turnos
4. Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição
5. Realizar limpeza das autoclaves
6. Primeiro ciclo da autoclave pré-vácuo deverá ser realizado o teste de Boiw & Dick
7. Primeiro ciclo com carga das autoclaves, deverá ser realizado o Teste Biológico, ou seja, colocar as ampolas.
8. Receber o material proveniente da área de lavagem, selecioná-lo de acordo com o pacote a ser preparado, conferindo a limpeza e integridade
9. As caixas e bandejas dos instrumentais devem ser conferido de acordo com a lista dos instrumentais disponível no setor
10. Ter sempre o cuidado de não misturar materiais, principalmente aqueles que são marcados com fitas
11. Na embalagem de grau cirúrgico proteger as pontas das pinças e tesouras para que não furem as embalagens
12. Acondicionar os instrumentais na bandeja, sempre os mais pesados em baixo e os mais leves em cima
13. Não colocar cúpulas uma dentro da outra
14. As cúpulas, nas caixas perfuradas, devem ser preparadas com a concavidade volyada para baixo e no grau cirúrgico voltadas para o papel, para evitar acumulo de água
15. Colocar um indicador químico classe IV dentro de caixas, bandejas e todos os pacotes que forem destinados ao centro cirúrgico
16. Envolver a caixa ou bandeja com embalagem primária (campo simples grande) e depois com a secundária (campo duplo grande)
17. Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope ou em grau cirúrgico

18. Fechar o pacote com fita crepe e indicador químico classe I (fita zebrada)
19. Identificar os pacotes com:
    - Nome do material e identificação do setor
    - Data da esterilização
    - Validade
    - Número do lote/carga
    - Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote
20. Anotar a produção no impresso de estatística
21. Encaminhar o material para esterilização

Cuidados Especiais:

- Observar sempre se a limpeza está adequada
- Ter atenção rigorosa na montagem dos pacotes, caixas e bandejas, conferindo sempre as caixas e bandejas na lista de preparo para evitar possíveis erros
- Ter atenção na identificação adequada dos pacotes

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

5. Rotina da área de esterilização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: ROTINA DA ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Realizar a adequada esterilização dos materiais
- Realizar todos os testes a fim de garantir a confiabilidade do processo
- Realizar todas as anotações em registro próprio para controle e rastreabilidade do processo

Recursos Necessários:

1. EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas Térmicas)
2. Álcool a 70%
3. Pano limpo
4. Água
5. Sabão neutro
6. Solução removedora de oxidação
7. Impresso para controle da carga
8. Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos e friccionar álcool a 70% antes e após executar as atividades
2. Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido
3. Limpar a câmara interna das autoclaves, diariamente com pano macio e úmido, e semanalmente com solução removedora de oxidação indicada para essa finalidade
4. Realizar o ciclo de aquecimento da autoclave
5. Realizar o primeiro ciclo da autoclave com o teste de BOIWE DICK

6. No primeiro ciclo com carga, colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos conforme a rotina
7. Montar a carga de acordo com as orientações básicas
   - Colocar os pacotes na posição horizontal, dentro dos cestos ou na rack
   - Evitar que o material encoste nas paredes da câmara
   - Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor
   - Posicionar os pacotes pesados na parte inferior
   - Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo
   - Utilizar no máximo 80% da capacidade da autoclave
   - Os pacotes envolvidos por grau cirúrgico deverão ser organizados na autoclave colocando papel com papel, plástico com plástico, garantindo assim a esterilização adequada do material
   - Vidrarias em geral devem ser esterilizadas sempre com a abertura voltada para baixo
   - Colocar os pacotes de modo vertical deixando espaço entre os pacotes para que o vapor possa circular e para que a secagem da carga aconteça da forma correta
   - Anotar em impresso próprio todo o material contido em cada ciclo, identificando o horário; para que possa ser identificado o lote da carga, em caso de algum problema no ciclo de esterilização
8. Autoclaves com programa de 121º C, o tempo de esterilização será de 20 min. Autoclaves com ciclos de 134 º C serão de 15 min
9. Após o término do ciclo, abrir a porta, aguardar 15 minutos antes da retirada do material. Utilizar luvas apropriadas para altas temperaturas
10. Após a esterilização, não colocar os pacotes sobre superfícies frias para evitar a condensação. E apenas manipular os pacotes quando estiverem a uma temperatura adequada ao toque. Evitar tocar pacotes úmidos porque as bactérias das mãos podem passar para o pacote, com risco de ir para o seu interior
11. Colocar os pacotes nas prateleiras na sala de barreira, longe de correntes de ar, para aguardar o total esfriamento
12. Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal
13. Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades

14. Manter, junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso
15. Comunicar à gerência qualquer falha nos equipamentos
16. Manter a área limpa e organizada

Cuidados Especiais:

- Verificar sempre a condição da embalagens.
- Anotar, em registro próprio, toda a carga de cada ciclo, identificando os pacotes para permitir a rastreabilidade
- Realizar todos os testes diariamente

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

6. Rotina da área de acondicionamento e distribuição

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: ROTINA DA ÁREA DE ACONDICIONAMENTO E DISTRIBUIÇÃO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Ambiente sempre em ordem
- Dispensação adequada atendendo a todos de igual modo
- Manter o fluxo adequado de fornecimento de material

Recursos Necessários:

1. EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e propés)
2. Álcool a 70%
3. Pano limpo
4. Água
5. Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos e friccionar álcool a 70% antes e após executar as atividades
2. Usar EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e propés)
3. Realizar desinfecção das bancadas, estantes, e armários com álcool a 70% semanalmente
4. Manter o fluxo mínimo de pessoal para área estéril
5. Manter o material estéril acondicionado em condições favoráveis a manutenção de sua qualidade estéril
6. Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária
7. Conferir e fornecer o material embalado em recipientes com tampa às unidades nos horários padronizados
8. Receber o material da área de esterilização e guardá-lo após o esfriamento, no local identificado, identificando também os setores
9. Observar em cada pacote recebido pela área de esterilização, conferindo:
   - Modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor
   - Identificação do pacote e data de validade
   - Integridade do pacote
10. Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente
11. Solicitar a orientação do enfermeiro, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades
12. O material dispensado pela CME exige solicitação do Enfermeiro do setor, através de Requisição de Material assinada, carimbada e datada, com identificação clara do setor solicitante

13. Reter a solicitação de materiais dos setores, devidamente assinada e datada, para registro posterior da saída do material, contendo a identificação do setor, horário dispensado, funcionário responsável, quantidade dispensada
14. Manter a área limpa e organizada

Cuidados Especiais:

- Estar sempre atento as datas de validade
- Atentar sempre para as condições das embalagens e forma de acondicionamento
- Atentar para que os produtos com prazo de validade mais próximos estejam a frente para que sejam dispensados primeiro

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Emissão:
Tarefa: LIMPEZA DAS AUTOCLAVES **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão: N.01

Resultados Esperados:

- Manter o bom desempenho do equipamento
- Evitar sujidade acumulada evitando assim prejudicar o material

Recursos Necessários:

1. Compressas
2. Água
3. Máscara descartável
4. Luva de procedimento

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar a máscara
3. Calçar as luvas de procedimento
4. A autoclave deve estar fria e desligada
5. Limpar a autoclave diariamente, antes do aquecimento, utilizando compressas ou panos macio embebidas em água
6. Abrir a porta das autoclaves e retirar os racks das mesmas
7. Retirar o cesto da autoclave - Embeber uma compressa ou pano de algodão em água e passar por toda a câmara (paredes laterais, superior e inferior), molhando a compressa na água sempre que necessário, até que toda a autoclave tenha sido limpa, lembrando que se a autoclave estiver quente, a água se evaporará;
8. Fazer limpeza dos cestos, carrinho e todos acessórios que compõem a autoclave
9. Enxugar com compressas ou panos de algodão secos
10. Recolher material
11. Deixar ambiente limpo e organizado

12. Retirar as luvas
13. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- A limpeza só poderá acontecer se as autoclaves estiverem totalmente frias
- Limpeza das autoclaves será realizada diariamente antes da primeira carga do dia

Referências Bibliográficas:

- Manual de qualificação de esterilização de autoclaves. Comissão de Controle de Infecção- SMS-RP. 2009 Disponível em https://pt.slideshare.net/leticiaspina/manual-de-qualificao-de-esterilizao-em-autoclaves Acesso em: 19 jun.2018.
- POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf. Acesso em: 19 jun.2018.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Teste de bowie e dick

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.8	Página 1/3
		Emissão:	
Tarefa: TESTE DE BOWIE E DICK **Executante:** Técnico, auxiliar de enfermagem e Enfermeiro **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Diagnosticar qualquer falha nas autoclaves a vapor pré-vácuo
- Eventuais vazamentos que comprometam a formação do vácuo, bem como tempo e temperatura inadequada
- Verificar a remoção do ar nas autoclaves pré-vácuo e garantir a penetração uniforme do vapor nos materiais

Recursos Necessários:

1. Teste de Bowie Dick
2. Pacote desafio
3. Fita zebrada
4. Fita de identificação

Atividades:

CONFECCÃO DO PACOTE MANUAL

1. Lavar as mãos
2. Utilizar EPI
3. Realize um ciclo completo para pré-aquecer a autoclave com a câmara vazia
4. Preparar Pacote Teste com campos cirúrgicos, 100% algodão, 25 cm X 30 cm, dobrados, limpos, recentemente lavados e não calandrados ou passados a ferro
5. 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 largura aproximadamente
6. Colocar a folha teste no centro geométrico do pacote

7. Embalar frouxamente o pacote em campo de algodão duplo, fechando com fita adesiva
8. A quantidade de campos dependerá da altura do pacote. O Pacote deve pesar em torno de 4 quilos
9. Identificar o teste com nome, data e número do esterilizador
10. Utilizar indicador químico externo no pacote (fita-teste)
11. Colocar o pacote no rack do esterilizador, horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique acima do dreno da autoclave. O pacote deve estar isoladamente na autoclave vazia já pré aquecida, antes do primeiro ciclo com carga do dia
12. Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave. Na ausência deste recurso, realizar um ciclo com tempo de esterilização de 3,5 minutos (caso não seja possível programar os segundos poderá ser utilizado o tempo máximo de 4 minutos)
13. 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
14. 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 ou
15. Registrar o teste em impresso próprio conforme rotina da instituição
16. Deixar ambiente limpo e organizado
17. Retirar EPI
18. Higienizar as mãos

PACOTE TESTE PRONTO USO

19. Realize um ciclo completo para pré-aquecer a autoclave com a câmara vazia
20. Seguir as recomendações a partir da colocação do teste no rack caso o pacote teste de Bowie & Dick pronto uso seja utilizado pela instituição
21. Identificar o teste com nome, data e número do esterilizador
22. Utilizar indicador químico externo no pacote (fita-teste)
23. Colocar o pacote no rack do esterilizador, horizontalmente e de forma que o centro do pacote fique acima do dreno da autoclave. O pacote deve estar isoladamente na autoclave vazia já pré aquecida, antes do primeiro ciclo com carga do dia

24. Selecionar o ciclo específico para teste de Bowie & Dick da autoclave. Na ausência deste recurso, realizar um ciclo com tempo de esterilização de 3,5 minutos (caso não seja possível programar os segundos poderá ser utilizado o tempo máximo de 4 minutos)
25. Registrar o teste em impresso próprio conforme rotina da instituição
26. 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
27. 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
28. 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).
29. Deixar ambiente limpo e organizado
30. Retirar EPI
31. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Realizar o teste diariamente
- Realizar a leitura do teste para assim liberar para outros ciclos.

Referências Bibliográficas:

- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas, 5. ed. São Paulo: SOBECC; 2009
- POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf Acesso em: 19 jun.2018.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Teste biológico

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.9	Página 1/3
		Emissão:	
Tarefa: TESTE BIOLÓGICO		Revisão:	
Executante: Técnico, auxiliar de enfermagem e Enfermeiro		N.01	

Frequência: Diária		

Resultados Esperados:

- Garantir um processo de esterilização eficiente e eficaz.
- Monitorar o processo de esterilização.
- Indicado para certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.

Recursos Necessários:

1. Máscara descartável
2. Luvas de procedimento
3. Pacote de grau cirúrgico
4. Pacote desafio
5. Ampolas de Indicador Biológico
6. Cesto aramado
7. Rack com pacotes a serem esterilizadas
8. Impresso de controle de resultados
9. Incubadora

Atividades:

1. Realizar o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico diariamente, na primeira carga do dia, em pacote desafio disponíveis comercialmente ou construído pela CME
2. Higienizar as mãos
3. Colocar a máscara e calçar luvas
4. Separe dois indicadores biológicos do mesmo lote. Evite a queda das ampolas
5. Preparar o pacote de grau cirúrgico
6. Identificar no grau cirúrgico e posteriormente, após o termino do ciclo e antes de incubar, a ampola do Indicador Biológico anotando no rótulo da ampola-teste o número da carga, data, nº do esterilizador (autoclave) e equipamento. Identificar também a ampola controle
7. Colocar a ampola-teste dentro do pacote-teste e processe-o juntamente com o restante da carga, preferencialmente próximos ao dreno da autoclave. O pacote-teste deve ser

identificado em uma fita crepe da seguinte forma: Ampola, qual autoclave, carga/lote, temperatura e data

8. Realizar o ciclo de esterilização
9. Terminado o ciclo de esterilização, aguarde 15 minutos para o resfriamento. Abra o pacote e retire a ampola esterilizada
10. Introduzir a ampola-teste 1/3 dentro da incubadora para ativá-la, dobre a parte superior da ampola plástica flexível. Isto resultará na quebra da ampola de vidro no interior da ampola de plástico, liberando o meio de cultura para contato com os esporos. Cuidado para não romper a parte plástica
11. Dar leves batidas no fundo da ampola para que o líquido se misture rapidamente ao disco com esporos. Certifique-se que o meio de cultura roxo embebeu totalmente o disco com esporos. A parte superior da ampola possui um filtro hidrofóbico que não deve ser molhado, por esse motivo, não agite a ampola
12. Repita essa mesma operação na ampola controle que não foi autoclavada (itens 10 e 11)
13. Coloque as duas ampolas para Incubar, o indicador biológico e a ampola controle nos compartimentos existentes na incubadora
14. Aguardar resultados
15. Para Indicadores de 24 horas, fazer leitura inicial com 8 horas, depois com 12 horas e a final com 24 horas
16. Observação: Caso a ampola teste apresente a cor amarela em algum momento, interdite a autoclave e siga as instruções de uso contidas na bula do indicador biológico
17. O resultado esperado é que a cor da ampola teste, ao final de 24 horas, permaneça roxa e a cor da ampola controle fique amarela. Isto indica que na ampola teste os microrganismos foram incapazes de se reproduzir, enquanto que na ampola controle foram capazes de se reproduzir. Deduz-se que a esterilização foi efetiva
18. Preencher impresso de controle de resultados. Registrar os resultados das leituras das ampolas-teste e ampolas-controle no impresso de registros
19. Retirar os rótulos das ampolas e colar ao lado do resultado. Arquivar formulário
20. Autoclave a ampola controle envolvida em algodão e fita crepe dentro de um envelope de papel grau cirúrgico e a ampola teste, se positivo para crescimento bacteriano

21. Desmonte o conjunto: envelope, algodão e ampolas. Descartar as ampolas negativas no lixo infectado ou nas caixas de perfuro-cortantes
22. Manter local limpo e organizado
23. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Observar se os indicadores biológicos são do mesmo lote
- Observar data de validade das ampolas
- Evitar a queda das ampolas
- Lembrar de quebrar as ampolas antes de incubar

Referências Bibliográficas:

- Manual da Incubadora Cristófoli Biossegurança.
- Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis. Barueri, SP:Manole, 2011.
- Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Preparo e empacotamento de produtos para esterilização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.10	Página 1/4
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO E EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS PARA ESTERILIZAÇÃO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- 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
- Embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura

Recursos Necessários:

1. EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento)
2. Catálogo com descrição dos instrumentais e do quantitativo especifico de cada bandeja
3. Papel grau cirúrgico
4. Indicadores químicos (Classe I - fita zebrada, Classe 4 – Multiparametro e Classe 5 - fita integradora)
5. Tecido limpo de algodão para forrar as caixas e bandejas
6. Campo Simples grande e Duplo de algodão
7. Fita crepe
8. Canetas
9. Seladora

Etapas do Processo:

INSPEÇÃO

- Lavar as mãos com água e sabão e paramentar-se com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado (Gorro, máscaras, luvas)
- Inspecionar os artigos antes do empacotamento 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 o fundo das caixas como um tapete com tecido de algodão
- 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, se caixas perfeuradas
- Colocar artigos mais pesados no fundo da caixa, os artigos de peso médio na segunda camada e sobre estes os mais leves
- Contabilizar as peças de cada caixa, e expor esse quantitativo no exterior da caixa
- Colocar indicador químico classe 4 (fita multiparamêtro) em cada caixa
- Confirmar que as condições de exposição (temperatura, tempo) suficientes tenham sido alcançadas nos indicadores químicos

EMPACOTAMENTO

- Selecionar a embalagem (caixas metálicas, grau cirúrgico ou campo simples ou 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
- A cada utilização dos tecidos, os mesmos devem ser lavados, para retirada de poeira e recomposição das fibras
- Campo em tecido de algodão cru duplo, não é permitido o uso de embalagens de tecido de algodão reparadas com remendos ou cerzidas e sempre que for evidenciada a presença de perfurações, rasgos, desgaste do tecido ou comprometimento da função de barreira, a embalagem deve ter sua utilização suspensa. Os campos de algodão utilizados em pacotes devem ser lavados antes de serem reutilizados, pois durante a esterilização a trama de tecido fecha, sendo necessário reidratar a fibra de tecido para novo processo de esterilização;

Papel Grau Cirúrgico

- Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo
- Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem.
- Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
- Observar a recomendação do papel grau cirúrgico, no tocante ao indicativo de fundo do pacote, selagem mais curta e abertura do pacote na qual a selagem deverá ser maior
- A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas
- Identificar na borda livre com nome do produto, número do lote, data de esterilização, prazo de validade (90 dias) e assinatura.
- Realizar o ajuste perfeito das embalagens duplas, a embalagem interna deve ser em tamanho menor evitando-se dobras internas e sobras
- Colocar os itens embalados com concavidade voltados 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 à 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 de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
- Utilizar fita adesiva impregnada com tinta termocrômica (fita zebrada), com largura de pelo menos 03 listras como indicador químico classe I, de exposição, no fechamento de pacotes de tecido de algodão e SMS

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
- Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto, finalizando o envelope, fazendo uma prega na ponta
- Fechar o pacote com a fita crepe e utilizar também a fita teste para autoclave
- Identificar a fita da embalagem com nome do produto, número do lote ou carga da esterilização, número de peças, data de esterilização, prazo de validade e assinatura.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 54 de 19 de março de 2012.
- GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS; E.M. Enfermagem em Centro de Material e esterilização. Barueri, SPS: Manole, 2011. B
- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas, 5. ed. São Paulo: SOBECC; 2009
- POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf. Acesso em: 19 jun.2018.

Montagem de cargas em autoclaves a vapor

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.11	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: MONTAGEM DE CARGAS EM AUTOCLAVES A VAPOR **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	MAIO/21

Resultados Esperados:

- Fazer com que o vapor penetre em todas as regiões dos pacotes, sem que se formem bolhas de ar
- Esterilizar os materiais com a finalidade de destruição de todos os microrganismos, formando assim uma barreira microbiana

Recursos Necessários:

1. EPI (roupa privativa da CME, touca, máscara e luvas de procedimento)
2. Autoclave validada
3. Materiais a ser esterilizados
4. Rack e cestos da autoclave

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Utilizar EPI
3. Abrir a autoclave
4. Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave)
5. Pegar pacotes que estão sobre a bancada

6. Colocar os pacotes de preferência em cestos para obter melhor distribuição, evitando contato com as paredes da câmara interna
7. Carregar a autoclave
8. Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los
9. Respeitar a distância de 1 cm entre os pacotes
10. Os materiais côncavos (bacia, cuba rim, cuba redonda) devem ser posicionados com a abertura voltada para baixo
11. Não apertar muito os pacotes para ajudar a penetração do vapor
12. Não sobrepor materiais de modo a compactá-los
13. Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara (70 a 80%)
14. Realizar registro das cargas em planilha própria, de forma manual ou informatizada, documentando todos os materiais, tipos de pacotes e a quantidade processada a cada lote
15. Fechar a porta da autoclave
16. Selecionar o ciclo que será processado o material, lembrando de registrar qual a sequência do ciclo
17. Ligar a autoclave
18. Os pacotes, após um ciclo completo de esterilização, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado
19. Não colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação
20. Certificar se os indicadores externos passaram por esterilização
21. Encaminhar material esterilizado para a sala de estocagem e distribuição
22. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
23. Manter local limpo e organizado
24. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Limpar a câmara interna do equipamento diariamente antes de iniciar os ciclos do dia com a autoclave totalmente fria.
- 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.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 54de 19 de março de 2012.
- GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS; E.M. **Enfermagem em Centro de Material e esterilização**. Barueri, SPS: Manole, 2011.
- POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf Acesso em: 19 jun.2018.
- POP – Central de Material e Esterilização – Hospital Getúlio Vargas – HGV – Piauí – 06/10/2014. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201410/HGV06_48662bdbc1.pdf. Acesso em: 12 fev.2015.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Controle da data limite de uso dos materiais esterilizados

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>CME</td><td>Página 1/2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Tarefa: CONTROLE DA DATA LIMITE DE USO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS
Executante: Equipe de enfermagem.
Frequência: Diária</td><td colspan="2">Revisão:</td></tr>
<tr><td>N.01</td><td></td></tr>
</table>

Resultados Esperados:

- Garantir que os materiais sejam utilizados com embalagem íntegra dentro do prazo máximo de vida de prateleira do processo de esterilização

Atividades:

1. **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
2. **Tecido de algodão:** validade 15 dias
3. **Embalagem em papel grau cirúrgico:** validade 03 meses (90 dias)
4. 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
5. Etiquetar os pacotes com identificação do processo de esterilização, prazo de validade (3 meses para papel grau cirúrgico e 15 dias para tecido) a partir da data de preparo
6. Realizar a conferência de validade dos materiais no tecido de algodão diariamente
7. Demais embalagens, conferir a validade a cada oito dias (no final de semana), retirando os materiais a vencerem e todos aqueles que não apresentarem a integridade das embalagens
8. Registrar a quantidade total de materiais no arsenal da CME para fins estatísticos
9. Reprocessar os materiais trocando todos os insumos (embalagens, integradores, etiquetas)
10. Manter local limpo e organizado
11. Higienizar as mãos

Referências Bibliográficas:

- GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e esterilização. Barueri, SPS: Manole, 2011.
- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas, 5 ed. São Paulo:SOBECC, 2009.

- POP – Central de Material e Esterilização – Hospital Getúlio Vargas – HGV – Piauí – 06/10/2014. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201410/HGV06_48662bdbc1.pdf. Acesso em: 12 fev.2015.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Preparo de capote para ala

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.15	Página 1/1
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE CAPOTE PARA ALA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Consiste na dobradura e empacotamento do capote, realizados na CME, para esterilização e posterior uso em procedimentos realizados nas alas.

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo
2. Uso do EPI (gorro, máscara, luva de procedimento)
3. Capote lavado
4. Campo simples ou duplo de algodão para fazer o pacote
5. Fita adesiva
6. Fita teste (zebrada)
7. Etiqueta de identificação

Atividades:

1. Estar vestido com a roupa privativa, gorro, pro pé e máscara cirúrgica
2. Realizar a lavagem simples das mãos
3. Inspecionar o capote quanto seu perfeito estado de conservação, o mesmo deve estar sem sujidade, sem solução de continuidade (rasgos, perfurações e cerzidos), com seus amarrilhos (cadarços) e punhos íntegros
4. Proceder a dobradura do capote de acordo com a descrição exposta no processo anterior
5. Com o pacote já pronto, identificar e utilizar a fita teste
6. Manter local limpo e organizado
7. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: DOBRA E PREPARO DE CAMPO SIMPLES **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

- Assegurar a correta dobradura afim de evitar contaminação durante a vestimenta
- Preparar o capote devidamente identificado para uma esterilização segura.

Referências Bibliográficas:

- Oficina 3. Dobradura do Capote. Centro Cirúrgico ESTÁCIO. Disponível em: https://www.passeidireto.com/arquivo/49051832/oficina-3-dobradura-do-capote. Acesso em 30/07/2018.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Resultados Esperados:

- Consiste na dobradura e empacotamento do campo simples, realizados na CME, para esterilização e posterior uso em procedimentos realizados nas alas e centro cirúrgico.

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo
2. Uso do EPI (gorro, máscara, luva de procedimento)
3. Campo simples lavado
4. Grau Cirúrgico
5. Seladora
6. Etiqueta de identificação

Atividades:

1. Estar vestido com a roupa privativa, gorro, pro pé e máscara cirúrgica
2. Realizar a lavagem simples das mãos
3. Verificar se o campo está limpo.
4. Inspecionar o campo simples quanto ao seu perfeito estado de conservação, o mesmo deve estar sem sujidade, sem solução de continuidade (rasgos, perfurações e cerzidos)
5. Colocar contra a luz para conferência
6. Remover com fita adesiva as bolinhas do tecido, caso necessário
7. Suspender no ar e abrir o campo, segurando-o pelas pontas, com o lado direito para fora
8. Colocar o campo estendido sobre a mesa
9. Correr as mãos sobre o campo para estica-lo
10. Dobrar o campo ao meio, no sentido longitudinal, de forma que a abertura, as pontas do campo fiquem voltada para cima
11. Dobrar novamente no sentido longitudinal mantendo a abertura do campo para baixo
12. Correr as mãos sobre o campo para estica-lo
13. Dobrar o campo ao meio três vezes até formar um “rolo”, dobrar para fora uma das pontas
14. O campo simples tanto é utilizado no preparo dos pacotes de LAP, que vão para o centro cirúrgico, como em pacotes individuais para as Alas
15. Para as Alas, cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
16. Acomodar o campo simples dentro do grau cirúrgico de forma que tenha espaço nas laterais para a embalagem não romper com o manuseio e assim evitar rasgos
17. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
18. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
19. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da validade, nome do preparador, número do lote/carga
20. A identificação do material deve ser feita no papel grau cirúrgico, no espaço da selagem para fora, e não na superfície onde se encontra o material
21. Realizar todos os registros necessários em impresso proprio

22. Encaminhar para a esterilização 23. Deixar a unidade limpa e em ordem 24. Higienizar as mãos
Cuidados Especiais: • Assegurar a correta dobradura afim de evitar contaminação durante a utilização • Preparar o campo devidamente identificado para uma esterilização segura.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Dobra e preparo de campo fenestrado

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: DOBRA E PREPARO DE CAMPO FENESTRADO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Consiste na dobradura e empacotamento do campo fenestrado, realizados na CME, para esterilização e posterior uso em procedimentos realizados nas alas e centro cirúrgico.

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo
2. Uso do EPI (gorro, máscara, luva de procedimento)
3. Campo fenestrado lavado
4. Grau Cirúrgico
5. Seladora
6. Etiqueta de identificação ou fita crepe

Atividades:

1. Estar vestido com a roupa privativa, gorro, pro pé e máscara cirúrgica
2. Realizar a lavagem simples das mãos
3. Verificar se o campo está limpo.
4. Inspecionar o campo fenestrado quanto ao seu perfeito estado de conservação, o mesmo deve estar sem sujidade, sem solução de continuidade (rasgos, perfurações e cerzidos)
5. Colocar contra a luz para conferência
6. Remover com fita adesiva as bolinhas do tecido, caso necessário
7. Suspender no ar e abrir o campo, segurando-o pelas pontas, com o lado direito para fora
8. Colocar o campo estendido sobre a mesa
9. Correr as mãos sobre o campo para estica-lo
10. Dobrar o campo ao meio, no sentido longitudinal, utilizando a fenestra como base, de forma que a fenestra forme uma meia lua. As pontas do campo fiquem voltada para baixo
11. Dobrar novamente no sentido longitudinal mantendo a abertura do campo para cima
12. Correr as mãos sobre o campo para estica-lo
13. Dobrar o campo nas laterais, lado direito formando um pequeno leque, repete no lado esquerdo
14. Depois dobrar o campo ao meio de forma que as metades da meia lua da fenestra fiquem de cada lado do campo

15. O campo fenestrado tanto é utilizado no preparo de instrumentais, como em pacotes individuais para as Alas
16. Para as Alas, cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
17. Acomodar o campo fenestrado dentro do grau cirúrgico de forma que tenha espaço nas laterais para a embalagem não romper com o manuseio e assim evitar rasgos
18. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
19. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
20. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da validade, nome do preparador, número do lote/carga
21. A identificação do material deve ser feita no papel grau cirúrgico, no espaço da selagem para fora, e não na superfície onde se encontra o material
22. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
23. Encaminhar para a esterilização
24. Deixar a unidade limpa e em ordem
25. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Assegurar a correta dobradura afim de evitar contaminação durante a utilização
- Preparar o campo devidamente identificado para uma esterilização segura.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Preparo de pacote de curativo

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE PACOTE DE CURATIVO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Consiste na preparação de pinças adequadas e destinadas a realização de curativos
- Adoção da técnica correta para o empacotamento do material
- Fornecer material livre de contaminação

Recursos Necessários:

1. Uma pinça dissecção com dente
2. Uma pinça dissecção sem dente
3. Uma tesoura
4. Papel grau cirúrgico
5. Seladora
6. Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos antes de iniciar o preparo e empacotamento
2. Colocar EPI
3. Separar os instrumentais de acordo com a marcação por setor, se este tiver
4. Fazer a revisão observando presença de sujidade
5. Cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
6. Colocar os instrumentais abertos desarticulados
7. Se necessário, proteger as pontas dos instrumentais com um pedaço de grau cirúrgico
8. Acomodar os instrumentais dentro do grau cirúrgico de forma a evitar rasgos
9. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
10. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
11. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da validade, nome do preparador, número do lote/carga
12. A identificação do material deve ser feita no papel grau cirúrgico, no espaço da selagem para fora, e não na superfície onde se encontra o material
13. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
14. Encaminhar para a esterilização
15. Deixar a unidade limpa e em ordem
16. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos
- Observar as articulações e lubrificar sempre que necessário

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

Preparo de pacote de pequena cirúrgia

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE PACOTE DE PEQUENA CIRÚRGIA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Consiste na preparação de pinças adequadas e destinadas a realização de pequenos procedimentos nas Alas
- Adoção da técnica correta para o empacotamento do material
- Fornecer material livre de contaminação

Recursos Necessários:

1. Uma pinça Allis
2. Uma pinça Foerster
3. Um porta agulha
4. Uma tesoura
5. Um cabo de Bisturi
6. Uma pinça dissecção com dente
7. Uma pinça dissecção sem dente
8. Duas pinças Kelly
9. Uma cuba redonda
10. Um campo simples
11. Um campo fenestrado
12. Papel grau cirúrgico
13. Seladora
14. Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos antes de iniciar o preparo e empacotamento

2. Colocar EPI
3. Separar os instrumentais de acordo com a marcação por setor, se este tiver
4. Fazer a revisão observando presença de sujidade
5. Cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
6. Separar um campo simples e dobra-lo na técnica
7. Separar um campo fenestrado e dobra-lo na técnica
8. Os pacotes de Pequena Cirurgia destinados a sala de CAESE, não é necessário a colocação de um campo simples, essa vai apenas com um campo fenestrado
9. Colocar os instrumentais abertos desarticulados
10. Se necessário, proteger as pontas dos instrumentais com um pedaço de grau cirúrgico
11. Acomodar os instrumentais, o campo simples e o campo fenestrado dentro do grau cirúrgico de forma a evitar rasgos
12. Se forem os pacotes de Pequena Cirurgia destinados a sala de CAESE, devem ser preparados em caixa perfurada própria, envolver com campo cirúrgico seguindo a técnica de empacotamento tipo envelope, identificar com fita crepe e colocar fita zebrada
13. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
14. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
15. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da validade, nome do preparador, número do lote/carga
16. A identificação do material deve ser feita no papel grau cirúrgico, no espaço da selagem para fora, e não na superfície onde se encontra o material
17. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
18. Encaminhar para a esterilização
19. Deixar a unidade limpa e em ordem
20. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos

• Observar as articulações e lubrificar sempre que necessário		
Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

4. Preparo de pacote de retirada de pontos

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE PACOTE DE RETIRADA DE PONTOS **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Consiste na preparação de pinças adequadas e destinadas a realização de pequenos procedimentos nas Alas
- Adoção da técnica correta para o empacotamento do material

- Fornecer material livre de contaminação

Recursos Necessários:

1. 01 pinça dissecção com dente
2. 01 pinça dissecção sem dente
3. 01 tesoura cirúrgica de ponta fina delicada (Iris)
4. Papel Grau Cirúrgico
5. Seladora
6. Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos antes de iniciar o preparo e empacotamento
2. Separar os instrumentais de acordo com a marcação por setor, se este tiver
3. Fazer a revisão observando presença de sujidade
4. Cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
5. Colocar os instrumentais abertos desarticulados
6. Se necessário proteger as pontas dos instrumentos utilizando o grau cirúrgico
7. Acomodar os instrumentais dentro do grau cirúrgico de forma a evitar rasgos
8. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
9. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
10. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da esterilização, data da validade, nome do preparador, número do lote/carga
11. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
12. Encaminhar para a esterilização
13. Deixar a unidade limpa e em ordem
14. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos
- Observar as articulações e lubrificar sempre que necessário

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO

Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Emissão:
Tarefa: PREPARO DE CUBA RIM **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão: N.01

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para o empacotamento do material
- Fornecer material livre de contaminação

Recursos Necessários:

1. Cuba Rim
2. Fita de autoclave
3. Fita adesiva
4. Campo de algodão duplo ou simples 50 x 50 cm ou
5. Grau cirúrgico
6. Seladora
7. Caneta
8. Relação da Estatística

Atividades:

1. Lavar as mãos antes de iniciar o preparo e empacotamento
2. Colocar EPI
3. Separar a cuba rim
4. Observar se a cuba tem marcação por setor e encaminhar para o mesmo
5. Fazer revisão observando a presença de sujidade
6. Colocar o campo duplo ou simples sobre a mesa em forma de losango
7. Colocar a cuba rim no centro do campo
8. Pegar a ponta voltada para o funcionário e cobrir o material
9. Fazer uma dobra externa na ponta
10. Pegar uma das laterais do campo e fazer uma outra dobra sobrepondo à primeira
11. Fazer uma dobra externa na ponta

12. Repetir o procedimento com a outra lateral
13. Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o material finalizando-o, atentando para não haver aberturas no pacote evitando entrada de ar
14. Fixar o pacote com fita adesiva
15. Utilizar fita zebrada, como indicador químico classe I, com largura de pelo menos 03 listras de exposição ou 5 cm de comprimento, no fechamento de pacotes de tecido de algodão
16. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento/esterilização, data da validade, nome do funcionário, número do lote/carga
17. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
18. Encaminhar para a esterilização
19. Deixar a unidade limpa e em ordem
20. Higienizar as mãos

PREPARO NO GRAU CIRÚRGICO

21. Cortar o papel grau cirúrgico no tamanho adequado
22. Acomodar a cuba dentro do grau cirúrgico de forma a evitar rasgos
23. Remover o ar do interior das embalagens de papel grau cirúrgico antes da selagem
24. Observar as recomendações para uso adequado do papel grau cirúrgico
25. Proceder com a selagem, que deve ser livre de fissuras, rugas ou de laminação e permitir a transferência sob técnica asséptica do pacote
26. Antes da esterilização, identificar a embalagem do artigo com as seguintes informações: descrição do conteúdo, data do empacotamento, data da esterilização, data da validade, nome do preparador, número do lote
27. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
28. Encaminhar para a esterilização
29. Deixar a unidade limpa e em ordem
30. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

• Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos		
Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

5. Preparo de cotonetes

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/1
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE COTONETES **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Oferecer aos setores do hospital cotonetes estéreis para ajudar na limpeza diária e absorção de pequenos sangramentos quando necessário.

Recursos Necessários:

1. Cotonetes
2. Papel grau cirúrgico de 15cm
3. Máquina seladora
4. Máscara descartável
5. Caneta

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar a máscara
3. Cortar o papel grau cirúrgico 100x100mm no tamanho de 15 cm
4. Realizar desinfecção da bancada com álcool a 70%
5. Realizar fricção alcoólica das mãos
6. Agrupar 02 cotonetes e colocar no envelope do papel grau cirúrgico
7. Selar a outra extremidade
8. Observar as recomendações para uso adequado do papel grau cirúrgico
9. Encaminhar o pacote para esterilização, quando necessário, devidamente identificado com nome do material, quantidade existente dentro do pacote, lote/carga, data de esterilização, data de validade
10. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
11. Encaminhar para a esterilização
12. Deixar a unidade limpa e em ordem
13. Higienizar as mãos

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

6. Preparo de tampão de otorrino anterior

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: PREPARO DE TAMPÃO DE OTORRINO ANTERIOR **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Contribuir com o desenvolvimento da técnica cirúrgica, proporcionando a equipe cirúrgica tampões estéreis

Recursos Necessários:

1. Gaze 7,5 x 7,5
2. Linha nº 10
3. Agulha de costura grossa
4. Tesoura
5. Papel Grau Cirúrgico
6. Caneta

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Pegar um quadrado de gaze
3. Dobrar a gaze ao meio duas vezes no sentido do comprimento
4. Em seguida dobra mais duas vezes no sentido contrário, iniciando por uma das pontas, fazendo um quadrado pequeno
5. Com a agulha e linha costurar as bordas de todo o quadrado
6. Ao final deixar um pedaço da linha, de mais ou menos 20 cm de comprimento sobrando presa no meio de uma das bordas
7. A linha restante enrolar, de leve, envolta do quadrado sem dar nós
8. Preparar pacotes com grau cirúrgico no tamanho 15 cm x 12 cm
9. Preparar pacotes com duas unidades e pacotes individuais, de acordo com recomendação do centro cirúrgico
10. Identificar adequadamente com nome do material, data de preparo, data de validade, carga de esterilização e assinatura
11. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
12. Encaminhar para a esterilização
13. Manter local limpo e organizado
14. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Não deixar escapar fios de gaze
- Verificar se a linha é bem resistente
- Amarrar bem firme
- Ao final, quando enrolar a linha não prender e nem dar nó para não dificultar na hora do manuseio no centro cirúrgico

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

	PROCEDIMENTO OPERACIONALPADRÃO	MAIO/2019	
Tarefa: PREPARO DE TAMPÃO DE OTORRINO POSTERIOR **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão: N.01	 MAIO/21

Resultados Esperados:

- Contribuir com o desenvolvimento da técnica cirúrgica, proporcionando a equipe tampões estéreis

Recursos Necessários:

1. Gaze 7,5 x 7,5
2. Linha nº 10
3. Tesoura
4. Fita métrica
5. Papel Grau Cirúrgico
6. Caneta

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Pegar um quadrado de gaze
3. Amarrar a linha, bem firme, no meio do rolinho
4. Enrolar a gaze, no sentido do comprimento, fazendo um rolinho comprido
5. Deixar um pedaço de linha de mais ou menos 20 cm
6. Envolver o rolinho com a linha restante
7. Preparar pacotes com grau cirúrgico no tamanho 15 cm x 12 cm
8. Preparar pacotes com duas unidades e pacotes individuais, de acordo com recomendação do centro cirúrgico
9. Identificar adequadamente com nome do material, data de preparo, data de validade, carga de esterilização e assinatura
10. Realizar todos os registros necessários em impresso próprio
11. Encaminhar para a esterilização
12. Manter local limpo e organizado

13. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Não deixar escapar fios de gaze
- Verificar se a linha é bem resistente
- Amarrar bem firme
- Ao final, quando enrolar a linha não prender e nem dar nó para não dificultar na hora do manuseio no centro cirúrgico

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

7. Recepção de material contaminado no expurgo

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>CME</td><td>Página 1/2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Tarefa: RECEPÇÃO DE MATERIAL CONTAMINADO NO EXPURGO
Executante: Técnico e auxiliar de enfermagem.
Frequência: Diária</td><td colspan="2">Revisão:</td></tr>
<tr><td>N.01</td><td></td></tr>
</table>

Resultados Esperados:

- Receber todo o material advindo das unidades consumidoras
- Realizar a conferencia e controle de todo material advindo das unidades consumidoras

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luvas de borracha de cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis;
7. Avental impermeável de manga longa
8. Caixa para materiais perfuro cortantes
9. Recipiente para lixo comum
10. Recipiente para lixo infectante
11. Livro para registro de recebimento de material contaminado

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Paramentar-se com os EPI'S para manipular instrumentais e demais artigos
3. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
4. Certificar da ausência de material perfuro-cortante e se necessário proceder ao descarte adequado. Desprezar material comum, infectante ou perfurocortante nos locais adequados
5. Encaminhar material para lavagem
6. Manter local limpo e organizado
7. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Receber o material conforme horário padronizado, salvo caso de emergência
- Identificar e notificar a existência de material danificado ou incompleto

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos
- Notificar material com presença de sujidade ressecada
- Advertir a vinda de perfuro cortantes e lixos junto aos materiais

Referências Bibliográficas:

- Enfermagem em Centro de Material e Esterilizacao. Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis. Barueri, SP:Manole, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 54; de 19 de março de 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas Recomendadas,5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

8. Aplicação da técnica de utilização do detergente enzimático

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE UTILIZAÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Limpeza e remoção de sujidade

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luvas de borracha de cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis

7. Avental impermeável de manga longa
8. Caixa para materiais perfuro cortantes
9. Recipiente para lixo comum
10. Recipiente para lixo infectante
11. Recipiente plástico
12. Detergente enzimático
13. Detergente neutro

Atividades:

1. Verificar modo de diluição, prazo de validade e tempo de imersão de acordo com fabricante
2. Higienizar as mãos
3. Paramentar-se com EPI
4. O detergente deve ser compatível com material processado e registrado no Ministério da Saúde
5. Verificar se todas as pinças estão abertas e os materiais desmontados
6. Colocar toda a superfície do material em contato com a solução, observando o tempo de exposição
7. Realizar enxague de forma abundante
8. Desprezar o material
9. Retirar os EPI'S ao término das atividades
10. Manter local limpo e organizado
11. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Os detergentes não dispensam a ação mecânica por meio de fricção com uso de escovas e esponjas
- É fundamental a abertura de pinças e desmontagem de materiais complexos
- **A solução deverá ser trocada a cada uso ou sempre que necessário**

Referências Bibliográficas:

- Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis. Barueri, SP: Manole, 2011.

• Práticas Recomendadas SOBECC, 5ª edição, 2009.		
Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

Tarefa: DILUIÇÃO DA SOLUÇÃO ENZIMÁTICA PARA LAVAGEM DO MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária	N.01	MAIO/21

Resultados Esperados:

- Utilizar quantidades adequadas de solução com a finalidade de evitar resíduos de detergente enzimático nos artigos, o que pode provocar eventos adversos

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luvas de borracha de cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Cuba plástica
9. Água, solução enzimática
10. Medidor

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Utilizar EPI
3. Início de cada plantão pegar a cuba plástica acrescentar água utilizando o recipiente próprio de 5 litros para mensurar a quantidade de água
4. Para cada cuba plástica acrescentar 10 (dez) litros de água
5. Para adicionar a Solução Enzimática utilizar o recipiente próprio, identificado para mensurá-la
6. Realizar a diluição do detergente enzimático conforme instruções do fabricante (ml/L de água)
7. Verificar o prazo de validade após a diluição, o tempo de imersão e o método de utilização do produto, conforme recomendações do fabricante;

8. Identificar com o nome do produto utilizado, data e horário do preparo, data e horário da validade da solução e nome do funcionário que preparou.
9. Trocar a água a cada utilização ou sempre que necessário
10. Ao final de cada plantão após desprezar/descartar última água realizar a lavagem das cubas e proceder a sua desinfecção
11. Ao término secar as cubas e guarda-las adequadamente
12. Retirar EPI
13. Manter local limpo e organizado
14. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Verificar se o detergente enzimático diluído encontra-se em condições de uso
- Identificar alterações nas características físico-químicas do produto
- Iniciar o uso logo após a diluição
- Trocar a solução após cada uso, ou na presença de sujidade visível, odor ou espuma
- Deixar ambiente organizado

Referências Bibliográficas:

- Informações segundo o Fabricante – CICLO ZYME – EXTRA da Ciclo Farma

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

9. Diluição do ácido peracético a 2%

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: DILUIÇÃO DO ÁCIDO PERACÉTICO A 2% **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Garantir o uso do produto conforme instruções e recomendações do fabricante

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luvas de borracha de cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara com três filtros
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Recipiente plástico não transparente
9. Água destilada ou filtrada por processo de osmose reversa
10. Ácido peracético a 2%
11. Medidor

Atividades:

1. Lavar as mãos
2. Paramentar-se com os EPI's
3. Usar recipiente de plástico não transparente, pois a solução é fotossensível
4. Medir a quantidade do ácido peracético conforme instruções do fabricante, quando a solução não vier pronta para uso e adicionar água no recipiente plástico na proporção da diluição
5. Quando a solução do ácido peracético vier pronta para uso, coloca-se somente a solução no depósito de plástico
6. Identificar a hora e data do preparo da solução no recipiente
7. Ao final de cada plantão após desprezar/descartar última água, realizar a lavagem das cubas e proceder a sua desinfecção
8. Ao término secar as cubas e guarda-las adequadamente
9. Retirar EPI
10. Manter local limpo e organizado
11. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Manuseio especializado
- Irritante a pele
- Vapores são irritantes
- Baixa estabilidade à estocagem
- Incompatível com ferro e cobre

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

10. Limpeza manual dos instrumentais cirúrgicos

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>CME 6.33</td><td>Página 1/3</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Tarefa: LIMPEZA MANUAL DOS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS
Executante: Técnico e auxiliar de enfermagem
Frequência: Diária</td><td colspan="2">Revisão:</td></tr>
<tr><td>N.01</td><td></td></tr>
</table>

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a devida limpeza do material
- 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

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luvas de borracha de cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis;
7. Avental impermeável de manga longa
8. Caixa para materiais perfuro cortantes
9. Recipiente para lixo comum
10. Recipiente para lixo infectante
11. Recipiente plástico
12. Esponjas macias
13. Escovas de vários tipos e tamanhos, de cerdas macias, destinada a limpeza adequada de cada tipo de material
14. Detergente enzimático
15. Solução alcalina
16. Desincrustantes e lubrificantes quando necessário
17. Compressas limpas
18. Livro para registro de recebimento de material contaminado

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Paramentar-se com os EPI'S para manipular instrumentais e demais artigos
3. Separar as pinças de ponta traumática e lavar separadamente para evitar traumas. Limpar os instrumentais perfuro cortantes separados dos demais
4. Fazer a pré-limpeza, retirando o excesso de matéria orgânica em água corrente com escova, aplicando jatos de água para a remoção da sujidade grosseira
5. Abrir, desconectar e desmontar os materiais quando for necessário
6. Selecionar a solução de limpeza apropriada. Diluir a solução de detergente enzimático no recipiente de plástico conforme a orientação do fabricante (**devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza**)
7. Imergir completamente todo o instrumental cirúrgico desmontado e abertos, mantendo a solução em contato com o instrumental o tempo determinado pelo fabricante
8. Completar os espaços vazios do lúmen usando seringa quando necessário
9. 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, utilizando a solução de detergente
10. Utilizar esponjas não abrasivas somente para friccionar superfícies lisas e extensas como bandejas, bacias e cubas
11. Aplicar jatos de água, conectando o bico da pistola, para auxiliar na remoção da sujidade de lumens e reentrâncias
12. Enxaguar abundantemente, peça por peça, os artigos em água corrente potável e fazer o enxágue final deixando o material por alguns segundos de molho em recipiente apenas com água potável
13. Enxaguar materiais com lúmen conectando o bico da pistola com água sobre pressão em uma das extremidades
14. Secar cada instrumental com tecido macio, de cor clara que não libere fibras
15. Inspecionar criteriosamente a qualidade da limpeza com boa iluminação. Fazer revisão observando sujidade, quebras e rachaduras
16. Lubrificar as articulações do instrumental cirúrgico com lubrificantes próprios, permeáveis ao vapor e com ph neutro, quando necessário
17. Encaminhar o material para sala de preparo

18. Ao final de cada plantão após desprezar/descartar última água, realizar a lavagem das cubas e proceder a sua desinfecção
19. Ao término secar as cubas e guarda-las adequadamente
20. Retirar EPI
21. Manter local limpo e organizado
22. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Separar o instrumental cortante e o material pesado
- Não utilizar esponjas de aço e produtos abrasivos, pois estes danificam o material
- Submeter os instrumentais cirúrgicos ao processo de limpeza o mais breve possível para facilitar a remoção de sujidade aderida em reentrâncias
- Verificar se existe instrumental danificado e fazer sua substituição
- Enxaguar abundantemente com agua corrente
- Secar os instrumentos com auxílio da compressa ou pano de algodão macio que não solte fibras
- Na ausência da máquina lavadora ultrassônica e/ou termodesinfectadora, realizar a lavagem manual dos instrumentais, utilizando escovas ou esponjas, atentando para junções e cremalheiras

Referências Bibliográficas:

- Enfermagem em Centro de Material e Esterilizacao. Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva e Eliane Molina Psaltikidis. Barueri, SP:Manole, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 54; de 19 de março de 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas Recomendadas,5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO

11. Lavagem dos fixadores da fisioterapia

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LAVAGEM DOS FIXADORES DA FISIOTERAPIA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Manter material limpo

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Cuba Plástica
9. Sabão líquido
10. Água

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos
3. Diluir o sabão líquido em água
4. Caso o fixador apresente alguma sujidade aparente, colocar em solução enzimática

5. Receber o material e colocá-lo de molho na solução de sabão líquido por +/- 10 minutos
6. Proceder com o enxague dos fixadores em água corrente abundante, esfregando-os
7. Observar e certificar que todo o sabão foi removido no enxague
8. Retirar o excesso de água com um campo limpo
9. Coloca-los para secar de acordo com as condições existentes na CME
10. Quando estiverem secos, guarda-los em saco plástico, identifica-los para encaminha-los ao setor de fisioterapia
11. Retirar EPI
12. Manter local limpo e organizado
13. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- . NÃO COLOCAR os fixadores de molho em SOLUÇÃO DE CLORO, em hipótese alguma, isso danifica o material
- Quando estiverem secos, guarda-los em saco plástico, identificado para encaminha-los ao setor de fisioterapia

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

12. Lavagem dos tubos de ensaio do banco de sangue

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>CME</td><td>Página 1/2</td></tr>
<tr><td colspan="2">Emissão:</td></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">Tarefa: LAVAGEM DOS TUBOS DE ENSAIO DO BANCO DE SANGUE
Executante: Técnico e auxiliar de enfermagem
Frequência: Diária</td><td colspan="2">Revisão:</td></tr>
<tr><td>N.01</td><td></td></tr>
</table>

Resultados Esperados:

- Material limpo
- Reduzir carga microbiana

- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Água corrente
9. Cuba Plástica
10. Solução Enzimática
11. Escova
12. Estante para secagem

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Utilizar EPI para manipular instrumentais e demais artigos
3. Diluir a solução enzimática de acordo com a indicação do fabricante
4. Receber o material e colocá-lo na solução enzimática, obedecendo o tempo que recomenda o fabricante
5. Proceder à lavagem dos tubos, um a um, em água corrente utilizando-se de escovas adequadas para a limpeza do lume
6. Proceder com o enxague dos tubos, um a um, em água corrente utilizando-se das escovas para a retirada do excesso de solução do lume
7. Colocar os tubos de ensaio de molho em uma cuba com água limpa por dez (10) minutos com o objetivo de retirar qualquer resíduo da solução enzimática
8. Conferir se estão realmente limpos, caso contrário proceder novamente com todo o processo. Se não conseguir remover a sujeira descartar o frasco e contabilizar esse descarte para que o setor seja informado
9. Coloca-los para secar, invertidos na estante, com a abertura para baixo, a fim de que escorra toda água

10. Depois de todos secos, encaminhar a sala de preparo 11. Retirar EPI 12. Manter local limpo e organizado 13. Higienizar as mãos
Cuidados Especiais: • Certificar que não haja resíduos de solução enzimática • Só encaminhar os tubos de ensaio para a sala de preparo quando os mesmos estiverem totalmente secos e limpos

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Emissão:	
Tarefa: LAVAGEM DE KIT DE NEBULIZAÇÃO (NBZ) **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a limpeza do material
- 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

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Cuba plástica, grande com tampa
9. Hipoclorito de Sódio
10. Solução Enzimática
11. Escovas de limpeza
12. Bucha
13. Seringa de 60 ml
14. Pano ou compressa limpa

Atividades:

1. Higienizar as mãos antes de iniciar
2. Usar EPI para manipular instrumentais e demais artigos
3. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
4. Selecionar a solução de limpeza apropriada, e diluir a solução de detergente enzimático conforme a orientação do fabricante **(devendo ser uma nova diluição para cada início de processo de limpeza)**
5. Desconectar cuidadosamente todos os componentes antes de realizar a limpeza
6. Imergir na solução em recipiente plástico por tempo determinado pelo fabricante e lavar os artigos com escovas adequadas
7. Friccionar todas as superfícies do artigo com esponja ou escova embebida em água e sabão
8. Introduzir com auxílio de seringa de 60 ml um jato forte de solução de detergente enzimático dentro dos lumes dos tubos
9. Enxaguar os artigos em água corrente e abundante
10. Se utilizar ortoftalaldeído ou ácido peracético seguir orientações dos fabricantes desses desinfetantes
11. Enxaguar os componentes do kit com água em abundância
12. Deixar escorrer sobre compressas ou panos limpos
13. Secar os artigos com compressas ou campos limpos antes de encaminhar para esterilização de baixa temperatura
14. Retirar EPI
15. Manter local limpo e organizado
16. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos

Referências Bibliográficas:

- POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf Acesso em: 19 jun.2018.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

13. Lavagem de almotolia

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LAVAGEM DE ALMOTOLIA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a limpeza do material

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis

7. Avental impermeável de manga longa
8. Recipiente de plástico
9. Escova de nylon para lavagem de tubos
10. Esponja macias
11. Detergente enzimático ou detergente neutro
12. Compressas ou panos limpos

Atividades:

1. Paramentar com E.P.I.
2. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
3. Desprezar o conteúdo das almotolias na pia
4. Retirar os rótulos se tiver e desconectar a tampa
5. Lavar as almotolias em água corrente pra retirada do excesso de produto
6. Diluir o detergente enzimático ou neutro de acordo com as recomendações do fabricante
7. Imergir as almotolias e as tampas no recipiente plástico, deixando-os totalmente imerso na solução
8. Deixar agir de acordo com as recomendações do fabricante
9. Retirar as almotolias e as tampas do recipiente
10. Lavar em água corrente, individualmente com auxílio de escova
11. Deixar as almotolias e tampas com abertura para baixo, sobre uma compressa limpa, até a secagem total
12. Acondicionar as almotolias em sacos plásticos e encaminhá-las para esterilização de baixa temperatura
13. Retirar EPI
14. Manter local limpo e organizado
15. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos

Referências Bibliográficas:

• POP – Secretaria Municipal de Saúde Londrina – PR-2016 Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/pop_esterilizacao2.pdf Acesso em: 19 jun.2018.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

14. Lavagem e desinfecção do espaçador

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.41	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LAVAGEM E DESINFECÇÃO DO ESPAÇADOR **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para o empacotamento do material

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Escovas tubulares
9. Esponja macia
10. Detergente enzimático
11. Hipoclorito de sódio
12. Recipiente plástico fosco e com tampa
13. Compressa ou pano limpo

Atividades:

1. Paramentar com E.P.I.
2. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
3. Desmontar as peças do espaçador
4. Imergir as peças em solução de detergente enzimático
5. Lavar bem cada uma das partes com auxílio da esponja e da escova
6. Lavar as partes do espaçador com água corrente abundantemente
7. Colocar o corpo do espaçador e demais peças na posição vertical em cima de uma compressa ou pano limpo para escorrer, secar se necessário
8. Montar e armazenar, após conferencia, em saco plástico e encaminhar para esterilização de baixa temperatura
9. Retirar EPI
10. Manter local limpo e organizado

11. Higienizar as mãos

FLUXO DE RECEBIMENTO E LIMPEZA DOS ESPAÇADORES DA ESPIROMETRIA

- Receber e conferir a quantidade de espaçadores recebida.
- Solicitar do profissional que for entregar o material no expurgo que registre a quantidade entregue, datar e assinar.

PREPARO PARA LIMPEZA

- Realizar uma pré-lavagem em água corrente.
- Limpe rigorosamente o equipamento ou material a ser desinfetado, seguindo os protocolos da instituição.
- Lembre-se de limpar e enxaguar rigorosamente também os lumens.
- Colocar os espaçadores imerso em solução enzimática pelo tempo indicado pelo fabricante.
- Em seguida realizar a lavagem mecânica com esponja/bucha, água e sabão neutro. Resíduos de sujeira impedem a desinfecção adequada.

DESINFECÇÃO

- **Diluir o Hipoclorito a 10% para transformar em Hipoclorito a 0,1% da seguinte forma: 50ml de Hipoclorito a 10% em 5000ml de água (5 litros de água).**
- Colocar os espaçadores **imerso** em solução desinfetante de Hipoclorito à 0,1% **pelo tempo de 30 minutos**.
- Se houver lumens, faça o preenchimento deles com uma seringa.
- Feche a tampa do recipiente e marque o tempo de desinfecção.

ENXÁGUE

- Após o período de imersão realizar um enxague rigoroso em água corrente.
- Após o enxague em água corrente deixar o material imerso em água limpa por no mínimo 1 (um) minuto a fim de não deixar resíduos da solução. Resíduos da solução em contato com pacientes que apresentem sensibilidade podem provocar uma reação alérgica.
- Após enxaguar, deixar o material secar antes de acondiciona-los.
- Depois de secos acondiciona-los em recipiente limpo e com tampa, mantendo o recipiente sempre fechado.
- Despreze toda a água de enxague, não utilize a água para lavagem ou para qualquer outra finalidade.
-

3. DESCARTE E HIGIENE DA CAIXA

O Hipoclorito deve ser trocado a cada vinte quatro horas (24h), ou quando necessário. O recipiente de imersão dos materiais deve ser higienizado a cada troca do Hipoclorito. Toda vez que é trocada a solução, a limpeza deve ser efetuada com água e sabão neutro. O enxágue deve ser eficiente para não ficar resíduo e realizar a secagem do recipiente.
Cuidados Especiais: • Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos

Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

15. Limpeza e desinfecção de umidificadores

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE UMIDIFICADORES **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a limpeza do material

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Esponja macia
9. Escova
10. Solução Enzimática
11. Recipiente plástico com tampa
12. Panos limpos

Atividades:

1. Paramentar com E.P.I.
2. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
3. Desmontar o umidificador, despejando a água na pia
4. Imergir os componentes em solução de detergente enzimático
5. Lavar os componentes com auxílio de escova e esponja
6. Enxaguar os componentes com água em abundância
7. Deixar escorrer em pano limpo e depois secar se necessário
8. Conferir, montar e armazenar em saco plástico e encaminhar para esterilização de baixa temperatura
9. Retirar EPI
10. Manter local limpo e organizado
11. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

• Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos		
Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

16. Limpeza de tubo de látex

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LIMPEZA DE TUBO DE LÁTEX **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a limpeza do material

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Recipiente plástico com tampa
9. Detergente enzimático
10. Seringa de 60ml

Atividades:

1. Paramentar com o E.P.I.
2. Realizar a conferência e o registro de entrada de todos os produtos para saúde recebidos para processamento na presença do entregador
3. Diluir o detergente enzimático de acordo com as recomendações do fabricante
4. Introduzir a solução com o auxílio de seringa de 60ml dentro de cada tubo de látex
5. Imergir os tubos de látex individualmente na solução
6. Deixar agir de acordo com as recomendações do fabricante

7. Lavar os tubos individualmente
8. Enxaguar com água em abundância
9. Deixar secar em local próprio, secar com auxílio de pistola de ar comprimido
10. Armazenar em saco plástico e encaminhar seja para a sala de preparo ou para esterilização de baixa temperatura juntamente com umidificadores ou aspirador
11. Retirar EPI
12. Manter local limpo e organizado
13. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Observar a limpeza adequado no lúmen do latéx

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

17. Limpeza e desinfecção de comadre e papagaio

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRE E PAPAGAIO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	MAIO/21

Resultados Esperados:

- Desinfetar artigos que possam ser totalmente imersos no líquido
- Adoção da técnica correta para a limpeza do material
- Reduzir a carga microbiana de papagaios e comadres, retirar contaminantes orgânicos e inorgânicos, possibilitando a reutilização, protegendo os usuários de infecções cruzadas

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis

7. Avental impermeável de manga longa
8. Compressas
9. Água
10. Esponja
11. Escova cabo longo
12. Solução Alcalina (Alca det)
13. Detergente neutro
14. Álcool a 70% ou solução antisséptica
15. Saco plástico
16. Adesivos contendo o termo “desinfetado”

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar os EPI
3. Reunir todo o material necessário
4. Se necessário realizar a pré-limpeza da comadre e papagaio quando houver resíduos de fezes ou secreções lavando com água e detergente enzimático, friccionando com esponja ou escova
5. Colocar o material imerso em solução alcalina, seguindo a recomendação do fabricante para a diluição e o tempo de imersão dos artigos
6. Retirar da solução, lavar com água e sabão líquido friccionando com auxílio de escova ou esponja
7. Enxaguar em água corrente
8. Secar com tecido limpo
9. Friccionar álcool a 70% por 30 segundos
10. Embalar os materiais, individualmente em plástico ou outro invólucro limpo
11. Identificar o material com data do processamento e validade
12. Retirar EPI
13. Manter local limpo e organizado
14. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- A limpeza só poderá acontecer se as autoclaves estiverem totalmente frias.

• Limpeza das autoclaves será realizada diariamente antes da primeira carga do dia.
Referências Bibliográficas: • Manual de Processamento de Artigos em Serviços de Saúde da Prefeitura de Contagem-MG, Outubro. Disponível em http://livrozilla.com/doc/780187/manual-de-processamento-de-artigos-em-servi%C3%A7os-de. Acesso em: 12 fev.2015.

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

18. Técnica de desinfecção com hipoclorito a 1%

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.46	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: TÉCNICA DE DESINFECÇÃO COM HIPOCLORITO A 1% **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Adoção da técnica correta para a desinfecção do material

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Galão de hipoclorito de sódio a 1%
9. Recipiente plástico com tampa
10. Seringa de 60 ml
11. Compressas ou panos limpos

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar os EPI
3. Colocar a solução de hipoclorito de sódio a 1% no recipiente plástico
4. Imergir totalmente os componentes do kit no recipiente
5. Introduzir com auxílio de seringa de 60ml a solução de hipoclorito dentro do lúmen dos tubos
6. Deixar agir durante 60 minutos
7. Retirar os componentes e lavar com água em abundância
8. Deixar secar sobre compressas limpas
9. Seguir com a separação do material de acordo com as requisições
10. Conferir, montar e armazenar em saco plástico e encaminhar para as devidas finalidades
11. Retirar EPI
12. Manter local limpo e organizado

13. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Comunicar ao enfermeiro para substituir ou solicitar reparos dos materiais danificados ou que apresentem resultados duvidosos

Referências Bibliográficas:

- ACESSO MINISTÉRIO DA SAÚDE HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR Elaborada em 10/12/1999 – Revisada em 07/12/2010 - Recomendações para o uso de Desinfetantes Acesso em 02/06/2019 DISPONIVEL: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ccih/Todo_Material_2010/ROTINA%20D/rotina_d1_recomendacoes_para_o_uso_de_desinfetantes.pdf

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

19. Processamento de esponjas e escovas destinada a lavagem de material no expurgo

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME 6.47	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: PROCESSAMENTO DE ESPONJAS E ESCOVAS DESTINADA A LAVAGEM DE MATERIAL NO EXPURGO **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem. **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Destruição dos microrganismos
- Proporcionar efetiva ação mecânica no processo de limpeza manual

Recursos Necessários:

1. Uniforme privativo do setor
2. Par de luva de borracha cano longo
3. Óculos de proteção
4. Máscara (N 95)
5. Gorro/Touca
6. Sapatos fechados impermeáveis
7. Avental impermeável de manga longa
8. Bucha comum utilizada para lavagem de instrumentais cirúrgicos e demais materiais
9. Escova plástica de cerdas utilizada para lavagem de instrumentais cirúrgicos e demais materiais
10. Recipiente plástico
11. Sabão Liquido
12. Cloro

Atividades:

BUCHA

1. Higienizar as mãos
2. Utilizar EPI
3. Início de cada plantão utilizar uma bucha nova
4. Trocar a bucha sempre que necessário, dependendo da condição de sujidade do material desprezando/descartando em lixo adequado
5. Nunca guardar a bucha para utilizar no dia seguinte
6. Ao final de cada plantão desprezar/descartar a bucha no lixo adequado, lixo contaminado
7. Retirar EPI
8. Manter local limpo e organizado
9. Higienizar as mãos

ESCOVAS

10. Higienizar as mãos
11. Utilizar EPI
12. Utilizar escova plástica para lavagem de materiais médico-hospitalar
13. Trocar a escova plástica sempre que necessário, dependendo da condição de sujidade do material e condições de integridade da escova, desprezando/descartando a mesma em lixo adequado
14. Ao final de cada plantão lavar a escova plástica com água e sabão líquido em seguida proceder a sua desinfecção deixando-a em solução de cloro por dez (10) minutos, a seguir colocar para secar podendo reutiliza-la no dia seguinte
15. Observar e analisar as condições da escova, avaliando se a mesma tem condições de ser reaproveitada no plantão seguinte. Caso contrário realiza a troca das escovas
16. Retirar EPI
17. Manter local limpo e organizado
18. Higienizar as mãos

Cuidados Especiais:

- Sempre avaliar as condições dos materiais utilizados na limpeza dos materiais médico-hospitalares

• Proceder com a troca dos mesmos sempre que julgar necessário		
Responsável pela Elaboração Data e Assinatura:	APROVAÇÃO Data e Assinatura:	REVISÃO Data e Assinatura:

20. Limpeza da central de material e esterilização

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	
Tarefa: LIMPEZA DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO **Executante:** Profissionais da Higienização, orientado pelo o Enfermeiro **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados: • Garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismo, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas neste setor
Recursos Necessários: • Uniforme privativo do setor • Par de luvas de procedimento

- Máscara cirúrgica
- Gorro/Touca
- Sapatos fechados impermeáveis
- Hipoclorito a 1%
- Baldes com espremedor
- Panos de limpeza
- Mop úmido limpo
- Escada

Atividades:

Sala de Recepção e Limpeza de Materiais e Desinfecção Química:

1. Organizar material antes de iniciar higienização do ambiente
2. Recolher o lixo da sala de recepção e limpeza diariamente
3. Usar placa sinalizadora como medida de segurança em local de circulação durante o processo de higienização
4. Lavar o piso diariamente com água, detergente, hipoclorito a 1% no início de cada plantão
5. Secar bem o piso após o processo de lavagem usando desinfetante
6. Lavar e secar diariamente as pias, torneiras, lixeiras e bancadas com água e detergente
7. Semanalmente proceder a limpeza do teto, paredes, vidro e janelas
8. Realizar semanalmente a limpeza de lâmpadas e telas de ar condicionado com auxílio de eletricista
9. Fazer a desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada troca de plantão ou sempre que necessário
10. Deixar o ambiente organizado

Sala de Preparo e Arsenal

11. O lixo do setor deverá ser recolhido diariamente
12. O piso deve ser lavado diariamente com água e detergente no início de cada plantão
13. Secar bem o piso após o processo de lavagem usando desinfetante

14. Quinzenalmente proceder a limpeza do teto, paredes, vidro e janelas 15. Fazer a desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada troca de plantão e sempre que necessário
Cuidados Especiais: • Não levar utensílios particulares a exemplo de bolsas, alimentos e garrafas de água • Proibido fazer qualquer tipo de refeição nesses setores • Após realizar higienização, deixar ambiente organizado • O material utilizado durante a higiene deve ser guardado limpo e em local adequado • Realizar higienização das mãos antes e após realizar o procedimento de limpeza

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

21. Distribuição de materiais desinfectados e estéreis

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/2
		Emissão:	

Tarefa: DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS DESINFECTADOS E ESTÉREIS **Executante:** Técnico, auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária	Revisão:	
	N.01	

Resultados Esperados:

- Distribuir materiais estéreis para todas as unidades consumidoras
- Controle de entrada e saída de materiais do setor, bem como conferência de integridade dos produtos e seu devido transporte

Recursos Necessários:

- Uniforme privativo do setor
- Máscara cirúrgica
- Gorro/Touca
- Sapatos fechados impermeáveis
- Depósito para transporte de materiais
- Caneta

Atividades:

1. Lavar as mãos
2. Paramentar-se com EPIs
3. Retirar o material do arsenal, conferir se é o material correto e se está dentro do prazo de validade
4. Entregar os materiais com datas de validade mais próxima do vencimento
5. Todo material deverá ser entregue acondicionado em depósito plástico de paredes rígidas e fechado
6. O material só será dispensado mediante pedido vindo do setor assinado e carimbado pelo enfermeiro responsável pelo plantão, descrevendo os itens que o setor necessita e suas quantidades

7. Registrar no livro de saída de material ou no próprio pedido a data, hora, quantidade dispensada de material e assinatura do despachante. O funcionário recebe e assina como responsável pela retirada do material do arsenal
8. Reabastecer o arsenal conforme sejam dispensados os materiais e de acordo com a disponibilidade

Cuidados Especiais:

- Fazer desinfecção de todos os utensílios que adentram o arsenal
- Manipular o mínimo possível os pacotes estéreis
- Verificar diariamente a temperatura do arsenal, a qual deverá estar entre 18ºC e 22ºC de acordo com a RDC 15
- Cabe ao enfermeiro responsável manter a ordem e circulação mínima dos profissionais no arsenal para distribuição de materiais

Responsável pela Elaboração	APROVAÇÃO	REVISÃO
Data e Assinatura:	Data e Assinatura:	Data e Assinatura:

=

22. Pedido e organização de materiais procedentes da lavanderia

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CME	Página 1/1
		Emissão:	
Tarefa: PEDIDO E ORGANIZAÇÃO DE MATERIAIS PROCEDENTES DA LAVANDERIA **Executante:** Técnico e auxiliar de enfermagem **Frequência:** Diária		Revisão:	
		N.01	

Resultados Esperados:

- Facilitar o processo de embalagem e esterilização
- Ter estoque de roupa para confecção dos pacotes

Recursos Necessários:

- Uniforme privativo do setor
- Sapatos fechados impermeáveis
- Gorro/Touca
- Par de luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica

Atividades:

1. Higienizar as mãos
2. Paramentar-se com os EPI’s

3. Receber o material proveniente da lavanderia, separar conforme tipos e tamanhos, realizando as dobras necessárias para acondicioná-los de forma organizada nas prateleiras segundo identificação
4. Anotar material recebido e repassar para a enfermeira para posterior registro em livro de ocorrência de enfermagem
5. Retirar os campos inadequados para invólucros (furados, cerzidos etc.) e encaminhá-los ao expurgo
6. Organizar os campos por tamanho e tipos nas prateleiras segundo identificação
7. Colocar sobre a bancada de preparo os materiais que serão acondicionados em grau cirúrgico para posterior esterilização

Cuidados Especiais:

- Observar as condições dos campos
- Separar aqueles inadequados (furados, cerzidos etc.)
- Manter o ambiente sempre organizado, os campos dobrados e separados de acordo com tamanho e tipo

LABORATÓRIO

No laboratório o Enfermeiro supervisor (ou técnico por ele designado), deverá orientar para as regras gerais para limpeza tais como:

a) Realizar a limpeza concorrente diariamente: descontaminando as superfícies de trabalho e o piso pelo menos, uma vez ao dia e sempre depois de qualquer derramamento de material. A limpeza concorrente é úmida e menos completa e não envolve a utilização de máquinas para limpeza do piso.

b) Preconiza-se a limpeza com água e sabão líquido e havendo presença de matéria orgânica na superfície inanimada, remove-se a sujidade utilizando meios mecânicos, realizasse a limpeza e na sequência a desinfecção com a solução preconizada. Exemplo: hipoclorito de sódio a 1% ou solução cloro orgânico.

c) Realizar a limpeza terminal quinzenalmnete: processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies horizontais e verticais (paredes, vidros, portas, piso). No piso a limpeza é mais completa quando comparada à concorrente, sendo realizada através de máquina.

e) Descarte de Resíduos de Análises Laboratoriais.

1. Os recipientes coletores devem ter alta vedação e ser de material estável.

2. Os frascos devem ser armazenados bem fechados em local ventilado para evitar, ao máximo, danos à saúde, principalmente quando há solvente em processo de evaporação.

3. Para cada tipo de resíduo existe uma precaução quanto a sua eliminação, em função da sua composição química. Como por exemplo, não jogar produtos corrosivos concentrados na pia, eles só podem ser descartados depois de diluídos ou neutralizados, não descartar líquidos inflamáveis no esgoto. Todos os resíduos gerados neste laboratório deverão ser devidamente identificados preenchendo-se etiquetas padronizadas.

4. Não jogar substâncias corrosivas nas pias, precipitados, papéis de filtro, tiras de papel indicador, solventes orgânicos, etc., devem ser depositados em recipientes próprios.

5. Não jogar fora nenhum tipo de resíduo sem antes verificar o local adequado para fazê-lo.

6. É obrigatório que os métodos de tratamento e descarte dos rejeitos oriundos das disciplinas sejam fornecidos previamente

7. É obrigatório manter organizados os rejeitos estocados provisoriamente nos laboratórios.

8. Dejetos não contaminados: os dejetos não contaminados podem ser eliminados diretamente no lixo do laboratório normal (sacos plásticos pretos).

9. Objetos perfurantes e cortantes: não se devem encapar as seringas hipodérmicas usadas, nem mesmo cortar ou retirar as agulhas descartáveis. As seringas e agulhas devem ser colocadas em um recipiente de paredes rígidas (DESCARTEX). Em seguida encaminhadas para empresa responsável pelo destino final do material. O coletor deve ser colocado próximo ao local onde o procedimento é realizado para evitar que o usuário circule com os perfuro-cortantes nas mãos ou bandejas. As atividades que produzam resíduos perfurantes e cortantes serão realizadas no Laboratório de Enfermagem.

10. Os materiais contaminados resíduos biológicos, tais como: cultura inócua, mistura de microrganismos, meio de cultura inoculado, vacina vencida ou inutilizada, sangue e hemoderivados, tecido, órgãos, peças anatômicas e animais contaminados. Os dejetos contaminados deverão ser eliminados em sacos plásticos brancos leitosos, com espessura respeitando as exigências legais preconizadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 9091 e com o símbolo de substância infectante.

Se for possível, deve-se descontaminar material descartável antes de ser embalado para o descarte. Se o material contaminado for reutilizado, é necessária primeiramente, sua descontaminação por meio da autoclavação ou agentes químicos, antes de qualquer limpeza ou reparo.

Como o LMD não dispõe de autoclave para descontaminação recomenda-se não realizar atividades que gerem materiais contaminados que necessitem de autoclavação.

11.Resíduos sólidos de baixa toxidez: serão destinados à reciclagem ou aterros sanitários.

12.Resíduos Sólidos não biodegradáveis tipo plástico: serão destinados à reciclagem, incineração ou aterros sanitários.

13.Resíduos Sólidos considerados perigosos: de acordo com a norma NBR-10004/ ABNT (com alguma das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, toxicidade, patogenicidade ou reatividade) serão embalados e transportados com cuidados especiais a empresas especializadas pelo seu transporte.

14.Todos os recipientes vazios que continham reagentes (garrafas, frascos, sacos) deverão ser lavados com água corrente antes de serem descartados, especialmente se o reagente em questão é um agente tóxico ou perigoso. Remova o rótulo dos frascos de reagentes antes de descartá-los.

ATENÇÃO: os rótulos deverão ser removidos após a lavagem dos frascos, garantindo-se que não contenham resíduos que ofereçam risco à saúde.

15.Reagentes com prazos de validade vencidos deverão ser mantidos no frasco original e identificado

16.As vidrarias quebradas serão mantidas à parte do lixo comum-seco.

17.Não quebrar garrafas ou frascos de vidro para o descarte.

18.Deve-se ter um recipiente forrado com saco plástico para armazenagem de vidros destinados à reciclagem. Quando estes recipientes estiverem cheios, a vidraria deve ser descartada em um container destinado exclusivamente para este fim.

PROPOSTA TÉCNICA

POLICLÍNICA REGIONAL – CIDADE DE GOIÁS

DOCUMENTAÇÃO DA PROPONENTE

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO COMPARTILHADA

Instituto de Gestão e Humanização

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rubia Gonsalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO

- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecia de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem

- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAS do Município de Contagem
- ✓ Quantidade Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional. Cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2.021.

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **27/07/2021**

Nome Civil: **MARA RUBIA GONSALVES DE SOUZA**
CPF: **136.046.208-21**
Data de Nascimento: **22/01/1971**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **MARLUCE MARIA DE SOUZA**

Contratos de Trabalho

- 14/09/2020 - 10/06/2021

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH
CNPJ: 11.858.570/0001-33
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Salário Contratual: **R$ 17.595,00**
Remuneração Inicial: **R$ 19.000,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 6.333,33** (06/2021)

Anotações

14/09/2020 - Admissão

10/06/2021 - Rescisão Contratual

- 09/01/2017 - 29/08/2020

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH
CNPJ: 11.858.570/0001-33
Ocupação: **131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE**
Salário Contratual: **R$ 16.866,72**
Remuneração Inicial: **R$ 15.750,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 24.065,86** (08/2020)

Anotações

09/01/2017 - Admissão

21/10/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 04/11/2019

16/12/2019 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 30/12/2019

01/03/2020 - Salário alterado para R$ 17.592,00

29/08/2020 - Rescisão Contratual

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 10/09/2021.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Carteira de Trabalho Digital

- 15/09/2014 - 15/01/2017

INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH
CNPJ: 11.858.570/0002-14
Ocupação: **131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE**
Remuneração Inicial: **R$ 8.544,80**
Última Remuneração Informada: **R$ 17.993,98** (01/2017)

Anotações

15/09/2014 - Admissão

01/01/2016 - Ocupação alterada para DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE

15/01/2017 - Rescisão Contratual

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 10/09/2021.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

igh Instituto de Gestão e Humanização

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Texeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – HMSL
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.

Cartório Silva
1º AUTENTICAÇÃO
Confere com o original, Dou Fé. 0247
*GIXZP2-[illegible]7E-97
Goiânia 08 de outubro de 2021 - 08:46:33h
Em Test° da Verdade
Wendel de Melo Viera
Escrevente
000621100102209091518

Instituto de Gestão e Humanização – IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
124.07514.95-7

5895097 | 001-0 | GO

Aberrone Vieira Mendes

ASSINATURA DO TITULAR

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ADERRONE VIEIRA MENDES
LOC DE NASC.: GOIANIA - GO
27/03/1972
FILIAÇÃO: OLIVEIRA MENDES MOREIRA
NAIR CAXIAS VIEIRA
DOC APRESENTADO: RG 2057100 SSP GO
ESTADO CIVIL: CASADO
CNH: 01179465703
CPF: 548.771.301-44
RG 2057100
T. ELEITOR: 026047801023
SEÇÃO: 0047
ZONA: 146
LOCAL DA EMISSÃO: SERVICO NACIONAL DE EMPREGO.
EMISSÃO: 16/03/2005

CONTRATO DE TRABALHO 07

EMPREGADO: AGIR
ESTADO CIVIL: Negro da Lima
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: GOIANIA - GO
ESP. DO ESTABELECIMENTO: hospitalar
CARGO: Administrador de Empresas
DATA DE ADMISSÃO: 24 de Setembro de 2002
SALÁRIO: R$ 1650,00 (Um mil Seiscentos e Cinquenta reais)

Sérgio Daher
Superintendente Executivo - AGIR
CRM 2511

Mat: 5687

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA

CNPJ: 01619790/0001-50

RUA CAMPINAS N 1135

Bairro: AMERICANO DO BRASIL

GOIANIA - GO

Cargo: SUPERINTENDENTE ADM/FINANCEIRO
CBO: 123110
DtAdm: 01/04/2014

Tipo Sal.: 1 Sal: R$ 15.500,00

(QUINZE MIL E QUINHENTOS REAIS)

Jesus Daniel de Carvalho
Coordenador Depto Pessoal
Santa Casa de Goiania

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Selo Digital nº 00772102113180109491247
"https://selo.tjgo.jus.br/buscas"

CLÍNICA MATRI
MEDICINA AVANÇADA DE TRINDADE

62 3505-3322 | 62 99242-0221
clinicamatritrindade.com.br

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.

Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verídica as informações relatadas,

1º OFÍCIO

Patrícia Cássia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa

Pedro José de Santana Junior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821

CARTÓRIO 1º OFÍCIO-TRINDADE-GO

1º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Moisés Batista, 199 - Centro - CEP 75388-708 - Trindade - GO
José Augusto D' Alcantara Costa
Tabelião e Oficial
Diogo Oliveira D' Alcantara Costa
Tabelião e Oficial Substituto

04782110012929809460095
Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço verdadeira a assinatura indicada de PATRICIA CASSIA CORDEIRO MENDES. Dou Fé. *0070 *70987D.
Trindade-GO, 01 de outubro de 2021.
Em Test° da Verdade.
Karollainy Fernandes Oliveira - Escrevente

28.690.130/0001-12
CLINICA DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Jardim Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO

FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Marilda Francisca Faria de Melo

de nacionalidade brasileira, nascida em 07 de setembro de 1980, portadora do RG. nº. 4286438/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em ***Gestão Estratégica na Área de Saúde****, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 16/06/2020 a 11/06/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.*

Lapa, 11 de junho de 2021

Marilda Francisca Faria de Melo
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado

Aluna: 162402543 - Marilda Francisca Faria de Melo
Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 1000 **Livro:** 100 **Folha:** 41
Data do Registro: 11 de junho de 2021

Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	9,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osnir José Jugler	Mestre	8,0	B	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingelfus	Especialista	8,0	B	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	8,0	B	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	8,0	B	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pierin Batista	Mestra	9,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	8,0	B	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	8,0	B	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	9,0	A	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	9,0	A	100%

Carga Horária Total: 360.00

Legenda	**A:** 9,0 a 10,0	**B:** 8,0 a 8,9	**C:** 7,0 a 7,9	**D:** Insuficiente

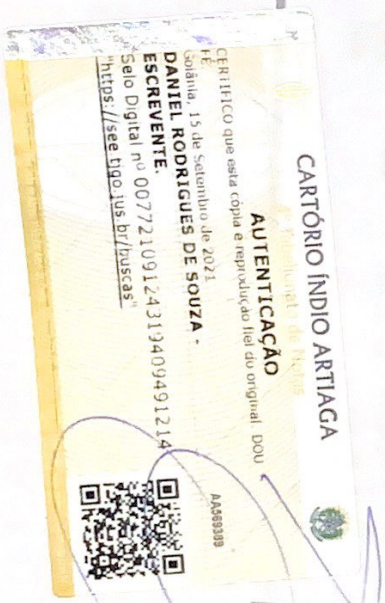
FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.Un.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U.n.º 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 43.

Lapa, 11 de junho de 2021

FAEL

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 11/06/2021 às 18:28:11 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
Código de Verificação: 6d4c4b303454304d44446b3d


CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original DOU

Goiânia, 15 de Setembro de 2021

DANIEL RODRIGUES DE SOUZA - ESCREVENTE.

Selo Digital nº 00772109124319409491214

"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

AA869339

FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELOS

de nacionalidade brasileira, nascida em 14 de julho de 1979, portadora do RG. nº. 3687558/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em ***Gestão Estratégica na Área de Saúde****, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 08/06/2020 a 07/07/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.*

Lapa, 07 de julho de 2021

ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELOS
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado

Aluna: 162402544 - ISABELLA MEDEIROS DE MELO BARCELOS
Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 10517 **Livro:** 100 **Folha:** 421
Data do Registro: 07 de julho de 2021

Disciplina	CH	Docente	Titulação	Nota	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osnir José Jugler	Mestre	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	8,0	B	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingelfus	Especialista	9,0	A	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	8,0	B	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pierin Batista	Mestra	9,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	10,0	A	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	7,0	C	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	7,0	C	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	10,0	A	100%

Nota TCC:

Carga Horária Total: 360.00

Legenda	A: 9,0 a 10,0	B: 8,0 a 8,9	C: 7,0 a 7,9	D: Insuficiente

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.Un.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U.n.º 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 43.

Lapa, 07 de julho de 2021

FAEL

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original DOU
Goiânia, 15 de setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772109124314409491213
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
AA569388

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 07/07/2021 às 14:11:39 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
Código de Verificação: 795652443341464e7871733d
Valide esse documento em: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado Informando o código de verificação.

FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Gizelly Ângello Vieira Santiago Cabral

de nacionalidade brasileira, nascida em 18 de janeiro de 1985, portadora do RG. nº. 7337040/PC/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em ***Gestão Estratégica na Área de Saúde****, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 17/06/2020 a 15/01/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.*

Lapa, 12 de fevereiro de 2021.

Márcia Helena Gonçales
Secretária

Gizelly Ângello V. Santiago Cabral
Gizelly Ângello Vieira Santiago Cabral
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado

Aluna: 162402556 - Gizelly Ângello Vieira Santiago Cabral
Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 5232 **Livro:** 100 **Folha:** 210
Data do Registro: 15 de janeiro de 2021

Disciplina	CH	Docente	Titulação	Nota	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	8,0	B	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osnir José Jugler	Mestre	9,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingelfus	Especialista	7,0	C	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	9,0	A	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pierin Batista	Mestra	8,0	B	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	7,0	C	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	8,0	B	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	7,0	C	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	9,0	A	100%

Carga Horária Total: 360.00

Legenda	**A:** 9,0 a 10,0	**B:** 8,0 a 8,9	**C:** 7,0 a 7,9	**D:** Insuficiente

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.Un.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U.n.º 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 43.

Lapa, 12 de fevereiro de 2021.

FAEL

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 12/02/2021 às 20:51:32 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
Código de Verificação: 4f67612f7a5875504d566b3d
Valide esse documento em: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado Informando o código de verificação.

FACULDADE Unyleya

Certificado

A Faculdade Unyleya, com base na legislação em vigor e seus Estatuto e Regimentos, certifica que

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO

Identificação: 3856036 - SSP/GO

concluiu com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização, com 420 horas, em

MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR

Área de conhecimento: Administração

Rio de Janeiro, 6 de agosto de 2018

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO
Pós-Graduado(a)

MARCOS IZIDRO GONÇALVES
Diretor Acadêmico

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel da original. DOU FÉ.
Goiânia, 05 de Outubro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE. AA583493
Selo Digital nº 00772110012811409491513
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Pç. da Bíblia - Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1168, Bel. Alpes, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-010, Fone: 62 3086 8000 | www.cartorioindioartiaga.com.br

FACULDADE UNYLEYA - HISTÓRICO ESCOLAR

CRISTIANE ALVES DE MENESES CARVALHO

Pós-Graduação *Lato Sensu* **MBA EXECUTIVO EM GESTÃO HOSPITALAR**

Período de Realização (W3438): 22 de dezembro de 2016 a 04 de julho de 2018 - Carga Horária: 420 horas

Disciplina	Carga Horária	Conceito	Nome e Titulação do Corpo Docente
METODOLOGIA DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	40	Bom	DENISE MARIA DOS SANTOS PAULINELLI RAPOSO - MESTRE
GESTÃO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	40	Bom	ARQUILEIA ITAIR PEIXOTO GONÇALVES - MESTRE
BIOESTATÍSTICA E EPIDEMIOLOGIA	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
MARKETING HOSPITALAR	40	Ótimo	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA
PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
GESTÃO FINANCEIRA E CUSTOS HOSPITALARES	40	Ótimo	EVANDRO TSUFA LEPLETIER GUIMARÃES - MESTRE
LOGÍSTICA E GESTÃO DE MATERIAIS	40	Bom	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE	40	Bom	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA
GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E INFORMATIZAÇÃO	40	Ótimo	LUIZ HENRIQUE HORTA HARGREAVES - MESTRE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	60	Bom	CESAR AUGUSTO LEITÃO - ESPECIALISTA

Título do TCC: GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NA INGLATERRA; DISSIPARIDADES E SEMELHANÇAS

O presente certificado de Pós-graduação está em conformidade com os preceitos da Resolução CNE-CES nº3, de 8 de junho de 2007.
A FACULDADE UNYLEYA é credenciada pelo MEC através da Portaria Ministerial nº 1663 de 05/10/2006, Portaria SESu nº 727 de 31/03/2011 e recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 723, de 20/07/2016.

Registrado sob nº 51934 - 421009 / UNY-18

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ.
Goiânia, 05 de Outubro de 2021
AA593492
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772110012811409491512
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
Pç. da Bíblia - Rua 9 esq. c/ Rua João da Abreu, 1150, Ed. Alan, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-010, Fone: (62) 3266-2000 | www.cartorioindioartiaga.com.br

FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Rosana Resende Nogueira Chaves

de nacionalidade brasileira, nascida em 19 de janeiro de 1967, portadora do RG. nº. 497 510/SSP/MS, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em ***Gestão Estratégica na Área de Saúde****, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 07/05/2020 a 01/02/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 360 (Trezentas e Sessenta) horas.*

Lapa, 02 de março de 2021.

Márcia Helena Gonçales
Secretária

Rosana Resende Nogueira Chaves
Pós-Graduada

Francisco Carlos Sardo
Diretor

Site de Validação: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado

Aluna: 162402470 - Rosana Resende Nogueira Chaves
Curso: Gestão Estratégica na Área de Saúde

Registro: 5865 *Livro:* 100 *Folha:* 235
Data do Registro: 01 de fevereiro de 2021

Disciplina	CH	Docente	Titulação	Nota	Conc.	Freq.
Diretrizes dos Pactos pela Saúde: Saúde, Vida, Defesa do SUS e de Gestão	30	Renata Pasine Rodero	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas e Qualidade dos Serviços de Saúde	30	Osnir José Jugler	Mestre	10,0	A	100%
Gestão de Pessoas, Responsabilidade e Ética nas Políticas Sociais	30	Eliane Granzotto	Mestra	10,0	A	100%
Gestão de Programas: Saúde do Cidadão, Física e Mental	30	Benilda Luiza de Carvalho Klingelfus	Especialista	10,0	A	100%
Gestão e Liderança de Pessoal	30	Ivan Bim Requena	Mestre	10,0	A	100%
Metodologia da Pesquisa Científica	30	José Guilherme Silva Vieira	Doutor	10,0	A	100%
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Níveis de Competências	30	Gesiane de Almeida Pierin Batista	Mestra	10,0	A	100%
Orçamento, Despesa Pública, Plano de Contas e Patrimônio	30	Walmir Thomé	Mestre	10,0	A	100%
Planejamento em Saúde	30	Walter Ferreira de Oliveira	Doutor	10,0	A	100%
Políticas Sociais no Brasil	30	Giselli Aparecida Felisbino	Mestra	10,0	A	100%
Sistemas de Informação, Indicadores Epidemiológicos de Saúde	30	Ester Fogel Paciornik	Doutora	10,0	A	100%
Vigilâncias em Saúde: Vigilância Ambiental, Epidemiológico, Sanitária e Saúde do Trabalhador	30	Adriana Ribas Bianchini	Especialista	10,0	A	100%

Carga Horária Total: 360.00

Legenda	*A: 9,0 a 10,0*	*B: 8,0 a 8,9*	*C: 7,0 a 7,9*	*D: Insuficiente*

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 197 de 2016. Publicada no D.O.Un.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 25.
Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 756 de 2017, publicada no D.O.U.n.º 119 de 23 de junho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicado no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 43.

Lapa, 01 de março de 2021.

FAEL

3º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. 24 de setembro de 2021.
Gabriela Lopes Brandão
Escrevente
00952109210435109400750
https://sse.tjgo.jus.br/bvgcas
62 3229-3097

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 02/03/2021 às 15:36:06 (data e hora de Brasília).
Dados do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S A - CPF/CNPJ: 02.558.975/0001-65
Código de Verificação: 42557061504649387331633d
Valide esse documento em: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado Informando o código de verificação.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

Resoluções: CNE/CES nº 01, de 08/06/2007; CEPEC nº 742, de 05/07/2005; CEPEC nº 774, de 07/03/2006

Certificamos que **Douglas Araújo Falcão** concluiu o curso de Especialização em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, ministrado pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, durante o período de 01 de setembro de 2010 a 28 de setembro de 2011.

Goiânia, 03 de abril de 2012.

Profª. Drª. Divina das Dôres de Paula Cardoso
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profª. Drª Regina Maria Bringel Martins
Diretora de Unidade

Douglas Araújo Falcão
Concluinte

CARTÓRIO FRANCISCO TAVEIRA
4º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS
GOIÂNIA - GO

CARTÓRIO FRANCISCO TAVEIRA
4º REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
Comarca de Goiânia - Goiás
Av. Tocantins, 283, Centro
CEP 74015-010, Goiânia - GO
Telefax: 62 3212 1030.

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE o original. Dou fé.
0155 *G4X11CE-582389-11 Goiânia, 24 de setembro de 2021.
Diógenes Mathias Andrade de Oliveira
escrevente
Selo: 00092109210260509490906
Consulte em http://see.tjgo.jus.br/selo

JFG

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Nome: Douglas Araújo Falcão CPF: 004.171.091-64 Data de Nascimento: 29/07/1984

Legenda situação: RM: Reprovado por média
AP: Aprovado RF: Reprovado por falta
AD: Aproveitamento de disciplina

Disciplinas	Carga horária (h) Prática	Teórica	Total	Docente responsável	Nota	Freq.	Situação
A História e as Políticas de Saúde no Brasil	0	12	12	Prof. Ms. Fausto Jaime Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira	9,00	100%	AP
Epidemiologia	0	40	40	Profª. Drª Nazarete Elias da Silva Nascimento Profª. Ms. Juliana Brasiel da Silva Prof. Dr Cristina Laval	8,00	90%	AP
Estado, Sociedade e as Políticas Sociais	0	12	12	Prof. Dr Ivan José Maciel Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Profª. Drª Edsaura Maria Pereira Prof. Dr Pedro Célio Alves Borges	8,70	88%	AP
Financiamento e Orçamento do S U S	0	28	28	Prof. Dr Gilson de Cássia Marques de Carvalho	9,50	85%	AP
Gerência de Compras	0	16	16	Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	8,30	85%	AP
Gerência de Custos e Princípios e Base de Economia em Saúd	0	16	16	Prof. Dr Nelson Bezerra Barbosa Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	8,60	85%	AP
Gerência de Materiais	0	20	20	Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	9,20	95%	AP
Gerência de Qualidade	0	12	12	Prof. Dr Nelson Bezerra Barbosa Prof. Ms. Fausto Jaime	7,50	85%	AP
Gerência de Recursos Humanos em Saude	0	32	32	Profª. Drª Janete Lima de Castro	9,00	90%	AP
Mecanismo de Pactuação, Regulação e Controle Social em Sa	0	36	36	Prof. Ms. Fernando Passos Cupertino de Barros Prof. Ms. Fausto Jaime Profª. Drª Edsaura Maria Pereira	8,50	86%	AP
Metodologia de Investigação de Sistema de Saúde	0	40	40	Profª. Drª Marta Rovery de Souza Profª. Drª Érika Fernandes Soares	8,00	87%	AP
Modelo de Atenção à Saúde e de Gerência Social	0	28	28	Prof. Ms. Fausto Jaime Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Prof. Dr Ivan José Maciel	8,20	86%	AP
Os Planos de Gestão do S U S	0	12	12	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira	9,60	85%	AP
Planejamento em Saúde	0	28	28	Prof. Ms. Carlos Alberto Lisboa Vieira Prof. Ms. Fausto Jaime	8,50	100%	AP
Seminários	0	45	45	Prof. Dr Ivan José Maciel	9,00	100%	AP
Sistema de Informações em Saúde	0	28	28	Prof. Dr Otaliba Libânio de Morais Neto Profª. Drª Ruth Minamisava Prof. Ms. William Álvares Prof. Esp. Dante Garcia de Paula	10,00	88%	AP

Cartório Francisco Taveira 4º Registro Civil e Tabelionato de Notas Comarca de Goiânia - Goiás
4º REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS GOIÂNIA GO
Av. Tocantins, 283, Centro, CEP 74015-010, Goiânia - GO Telefone: 62 3212 1030
AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE o original. Dou fé.
Goiânia, 24 de setembro de 2021.
Diógenes Thomaz Andrade de Oliveira
escrevente
Selo: 00092109210260509490907
Consulte em http://see.tjgo.jus.br/selo
0155 • 6318 • 02 • 587 • 2021

Declaramos que foram cumpridas todas as disposições previstas pelas resoluções em vigor.

Carga horária total: 405 horas. Período: 01 de setembro de 2010 a 28 de setembro de 2011.

Título da monografia: A política de Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos como estratégia de Qualificação Gerencial no Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi / SES.

Data de aprovação: 10 de novembro de 2011. Avaliação : Aprovado

Orientadora: Profª. Drª Edsaura Maria Pereira

Prof. Dr Ivan José Maciel
Coordenador de Curso

MEC UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Certificado registrado sob nº. 6595 Data do registro: 03/04/2012

Expedido em 03 de abril de 2012.

Confere: Solange Rocha Caetano
Assistente em Administração, no exercício da CERD

VISTO: Profª. Drª Valquíria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

049286

FAEL

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA

Estado do Paraná

Pós-Graduação Lato Sensu

O Diretor da Faculdade Educacional da Lapa - FAEL, no uso de suas atribuições regimentais certifica que

Wanderlan César de Oliveira Miranda

de nacionalidade , nascido em 03 de fevereiro de 1973, portador do RG. nº. 1906900/SSP/GO, concluiu o curso de Pós-Graduação, nível de Especialização em **Gestão Hospitalar Estratégica**, Área de Conhecimento: Ciências Sociais, negócios e direito, realizado no período de 30/11/2020 a 11/06/2021 de acordo com a Resolução CNE/CES nº 01/2018, perfazendo um total de 560 (Quinhentas e Sessenta) horas.

Lapa, 11 de junho de 2021

Wanderlan César de Oliveira Miranda
Pós-Graduado

Francisco Carlos Santo
Diretor

Site de Validação: https://fael.edu.br/institucional/validacao-de-certificado

Aluno: [illegible] Wanderlan César de Oliveira Miranda
Curso: Gestão Hospitalar Estratégica

Registro: [illegible] **Livro:** 100 **Folha:** 01
Data do Registro: 11 de junho de 2021

Disciplina	CH	Docente	Frequência	Nota	Conc.	Freq.
Direito aplicado à Gestão Hospitalar	80			9,0	A	100%
Gestão de Serviços de Documentação Hospitalar	80			10,0	A	100%
Gestão de Serviços de Tecnologia Hospitalar	80			9,0	A	100%
Gestão Hospitalar e Qualidade no Atendimento	80			10,0	A	100%
Introdução à EaD	80			8,0	B	100%
Pensamento Científico	80			8,0	B	100%
Sistema de Informação para a Saúde	80			9,0	A	100%

Carga Horária Total: 360.00

Legenda	A: 9,0 a 10,0	B: 8,0 a 8,9	C: 7,0 a 7,9	D: Insuficiente

FACULDADE EDUCACIONAL DA LAPA Recredenciada pela Portaria nº 1197 de 2016. Publicada no D.O. Un.º 68 de 11 de abril de 2016, seção 1, pg. 23.
Recredenciamento para oferta de cursos em EAD: Portaria nº 758 de 2017, publicada no D.O. U.n.º 129 de 10 de julho de 2017, seção 1, pg. 16.

O presente curso de Pós-Graduação Lato Sensu em nível de Especialização, cumpriu todas as disposições e normas da Resolução CNE/CES nº 01/2018 publicada no D.O.U nº 67 de 09/04/2018, seção 1 pg. 65

Lapa, 11 de junho de 2021

FAEL

Documento Gerado e Assinado Digitalmente em 11/06/2021 às 11:10:26 (data e hora de Brasília).
Gestão do Assinante: SOCIEDADE TECNICA EDUCACIONAL DA LAPA S.A. - CPF/CNPJ: 02.556.675/0001-65
Código de Verificação: [illegible]
Valide este documento em: https://fael.edu.br/validacaoatividades/ e informe o código de verificação.

Universidade Pitágoras Unopar

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 959 de 14 de Setembro de 2018 - Publicada no D.O.U. nº 179 de 17 de Setembro de 2018.

Recredenciada pela Portaria Ministerial nº 654 de 22/03/2019 D.O.U. nº 57 de 25/03/2019.

Certificado

O(a) Reitor(a) da Universidade Pitágoras Unopar, no uso de suas atribuições legais, certifica que

Aderrone Vieira Mendes

Brasileiro(a), natural de Goiânia-GO nascido(a) em 27/03/1972, portador do RG: 2057100 SSP-GO CPF: 54877130144 concluiu o curso de MBR em Administração Hospitalar - área de conhecimento: Ciências Sociais, Negócios e Direito, de Pós-Graduação Lato Sensu, com duração de 400 horas, de acordo com a Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018.

Londrina-PR, 18 de Maio de 2019

Concluinte

José Carlos Rogel
Reitor(a)

unopar

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução autenticada. DOU FÉ
Goiânia, 15 de Setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772109124319409491245
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução autenticada do original. DOU FÉ.
Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772021110010599491245
"https://see.tigo.jus.br/buscas"

Histórico escolar de: Aderrone Vieira Mendes

Período de realização: 09/11/2018 a 10/05/2019, Carga horária: 400 horas.

Polo/Unidade: Polo Unopar Goiania (Central)

2040122

Disciplinas	Corpo Docente	Titulação	CH	Frequência	Conceito	Resultado
Liderança	Marcos Hashimoto	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado
Negociação e marketing empresarial	Francisco Antônio Serralvo	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado
Estratégia executiva	Marcos Hashimoto	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado
Auditoria hospitalar	Thais Stefano	Mestre(a)	40	100	10	Aprovado
Gestão da qualidade e acreditação hospitalar	Ana Paula Kattler de Mattos	Mestre(a)	40	100	10	Aprovado
Fundamentos de administração geral e hospitalar	Luiz Antonio Gentile Júnior	Especialista	40	100	8.1	Aprovado
Gestão da cadeia de suprimentos e resíduos de saúde	Aline Tectonio Rodrigues	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado
Aspectos legais e normatizações em saúde	Aline Tectonio Rodrigues	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado
Gestão de informações em serviços hospitalares	Fernanda Maria de Miranda	Mestre(a)	40	100	8.1	Aprovado
Metodologia da Pesquisa Científica	Rita Eliana Mazaro	Doutor(a)	40	100	10	Aprovado

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
4º Tabelionato de Notas
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original, DOU FÉ
Goiânia, 15 de Setembro de 2021
DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772109124B1940949124
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"
AA569404

Certificado registrado sob o nº 1610, Livro 02, nos termos da Resolução Nº 1 de 06 de abril de 2018 do CNE/CES - D.O.U. de 06 de abril de 2018, e de acordo com as Normas Internas da Instituição sobre a matéria. Londrina - PR 18 de Maio de 2019

Lorrainy Tomaz Lourenço
412769 Emissão de Documentos e Registros de Certificados
Secretaria de Pós-Graduação

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original, DOU FÉ
Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE.
Selo Digital nº 00772102131001894912 4
"https://see.tjgo.jus.br/buscas"

Instituto de Gestão e Humanização

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Sara Gardenia Fausto Texeira de Souza, inscrita no CPF sob o nº 673.865.635-15, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão: 131/2012 SES/GO

- ✓ Período: 10/02/2016 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 207 (duzentos e sete)

Contrato de Gestão: Termo de Transferência de Contrato 001/2013 SES/GO

- ✓ Período: 02/01/2017 a 02/12/2019
- ✓ Função: Diretora Técnica - Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – HMSL
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 39 (Trinta e nove)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho, cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, assistencial, gerencial até a presente data.

Goiânia, 06 de outubro de 2021.

Cartório Silva
1º AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé. 0247
TG4Y2E3PJ358479-39
Goiânia 06 de outubro de 2021 - 08:48:32h
Em Test[illegible] da Verdade
Wendel de Melo Vieira
Escrevente
000621100102209098491517
https://portal.extrajudicial.[illegible]

Instituto de Gestão e Humanização – IGH
Rita de Cassia Leal de Souza
Diretora Regional Goiás

Instituto de Gestão e Humanização

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de comprovação de aptidão de desempenho e de execução, que a profissional Mara Rubia Gonsalves de Souza, inscrita no CPF sob o nº 136.046.208-21, trabalhou para o Instituto de Gestão e Humanização – IGH inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.570/0001-33 nos seguintes Períodos e Contrato de Gestão:

Contrato de Gestão 131/2012 SES/GO
- ✓ Período: 15/09/2014 a 06/01/2017
- ✓ Função: Diretora Operacional – Hospital Materno Infantil - HMI
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 217 (duzentos e dezessete)

Contrato de Gestão 096/2016 SES/GO
- ✓ Período: 09/01/2017 a 29/08/2020
- ✓ Função: Diretora Geral – Hospital de Urgências de Aparecia de Goiânia – HUAPA
- ✓ Quantidade do Leitos Contratualizados: 95 (noventa e cinco)

Contrato de Gestão 108/2018 SMS/Contagem
- ✓ Período: 14/09/2020 a 10/06/2021
- ✓ Função: Diretora Geral das UPAS do Município de Contagem
- ✓ Quantidade Leitos Contratualizados: 417 (quatrocentos e dezessete) – Complexo Hospitalar de Contagem
- ✓ Quantidade de UPAs Contratualizadas: 5 (cinco)

Declaramos, ainda, que a profissional prestou seus serviços com excelente desempenho operacional. Cumprido fielmente com suas obrigações, nada constando que a desabone técnica, operacional, gerencial até a presente data.

Goiânia, 08 de setembro de 2.021.

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO – IGH
CNPJ 11.858.570/0001-33
JOEL SOBRAL DE ANDRADE
SUPERINTENDENTE

Cartório Silva
1º AUTENTICAÇÃO
Confere com o original, Dou Fé. 0247
Em Test. 08 de outubro de 2021 - 09:48:49h
Em Test. Werdel de Melo Viera
Escrevente
00062110010220908491527
da Verdade

HOSPITAL DE NEUROLOGIA
SANTA MÔNICA

ESPECIALIDADES

Cardiologia
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Cirurgia da Obesidade
Cirurgia Geral
Cirurgia Laparoscópica
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Hematologia
Infectologia
Nefrologia
Neurocirurgia
Neurologia Clínica
Neurorradiologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Psicologia
Radiologia Intervencionista
Urologia
UTI - Adulto

DIAGNÓSTICOS

Análises Clínicas
Análises Patológicas
Angiografia Digital
Raio - X
Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada

PRONTO-SOCORRO

Atendimento 24 horas

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE ANDRÉ LUIS MARQUES PALMEIRA MODESTO, CPF: 71282432168, RG :3702053 SSPGO, MÉDICO, CARDIOLOGISTA , CRMGO 12157, RQE 11020, É DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE NEUROLOGIA SANTA MÔNICA DESDE 2018 ATÉ A PRESENTE DATA. A INSTITUIÇÃO CONTA COM 93 LEITOS, SENDO 10 LEITOS UTI, 55 ENFERMARIA E 28 APARTAMENTOS.

APARECIDA DE GOIÂNIA, 24/08/2021

Assinado de forma digital por HAIKAL YASPERS HELOU:98308769772
Dados: 2021.08.24 13:23:18 -03'00'

DR. HAIKAL YASPER HELOU(DIRETOR TÉCNICO)

AHPACEG

Fone: (62) 3282-8000 . Fax: (62) 3282-7454
Rua EM 01 Qd. Area Lt. 002 s/n . Vila Sul
Aparecida de Goiânia - GO - 74910-520
contato@hsmonica.com.br
www.hsmonica.com.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
124.07514.95-7

5895097 | 001-0 | GO

Aberrone Vieira Mendes

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ADERRONE VIEIRA MENDES
DATA DE NASC.: 27/03/1972
LOC DE NASC.: GOIANIA - GO
FILIAÇÃO: OLIVEIRA MENDES MOREIRA
NAIR CAXIAS VIEIRA
DOC. APRESENTADO: RG 2057100 SSP GO
ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2057100 CPF: 548.771.301-44
T. ELEITOR: 02804780102 3 SEÇÃO: 0047 ZONA: 146
LOCAL DA EMISSÃO: SERVICO NACIONAL DE EMPREGO.
EMISSÃO: 15/03/2005

CONTRATO DE TRABALHO 07

EMPREGADO: AGIR
ENDEREÇO: Negrão de Lima
GOIÂNIA - GO
ESTABELECIMENTO: hospitalar
CARGO: Administradora de Empresas
DATA DE ADMISSÃO: 24 de Setembro de 2002
REMUNERAÇÃO: R$ 1650,00 (Um mil Seiscentos e Cinquenta reais)

Sergio Daher
Superintendente Executivo - AGIR
CRM 23411 GO

Mat: 5687
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA
CNPJ: 01619790/0001-50
RUA CAMPINAS N 1135
Bairro: AMERICANO DO BRASIL
GOIANIA - GO
Cargo: SUPERINTENDENTE ADM/FINANCEIRO
CBO: 123110
Dt Adm: 01/04/2014
Tipo Sal.: 1 Sal: R$ 15.500,00
(QUINZE MIL E QUINHENTOS REAIS)

Jesus Daniel de Carvalho
Coordenador Depto. Pessoal
Santa Casa de Goiania

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ
Goiânia, 17 de Fevereiro de 2021
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE-
Selo Digital nº 00772102131100109491247
"https://selodigital.tjgo.jus.br/tjuscas"

CLÍNICA MATRI
MEDICINA AVANÇADA DE TRINDADE

62 3505-3322 | 62 99242-0221
clinicamatritrindade.com.br

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Atendendo as diretrizes da Alta Gestão dessa Organização, cumpre-me apresentar como Médico Radiologista, Rafael Soares Lemos regularmente registrado no CRM-GO sob o nº 12794, com ampla experiência na área.

Acreditando que minhas qualificações médicas e profissionais estão de acordo com as exigências e critérios para ocupação da função, descrevo a seguir meu recente histórico profissional.

Atualmente ocupo o cargo de Diretor Técnico há mais de 4 (quatro) anos na Clínica Matri - Clínica de Diagnóstico por Imagem de Trindade, uma clínica conceituada sendo a mesma uma policlínica, contando hoje com consultórios com várias especialidades médicas, sendo referência em Ortopedia, Radiologia e Imaginologia, dentre várias outras e modalidades de exames como: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Radiografia, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Mapa e Holter.

Trindade, 29 de setembro de 2021.

Para os devidos fins, atesto ser verídica as informações relatadas,

1º OFÍCIO

Patrícia Cássia Cordeiro Mendes
Gestora Administrativa

Pedro José de Santana Junior
Diretor Administrativo
CRM-GO: 12821

1º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Moisés Batista, 199 - Centro - CEP 75388-708 - Trindade - GO
José Augusto D' Alcantara Costa
Tabelião e Oficial
Diogo Oliveira D' Alcantara Costa
Tabelião e Oficial Substituto

04782110012029809460095
Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço verdadeira a assinatura indicada de PATRICIA CASSIA CORDEIRO MENDES. Dou Fé. *0070 *70987D.
Trindade-GO, 01 de outubro de 2021.
Em Test° da Verdade.
Karollainy Fernandes Oliveira - Escrevente

CARTÓRIO 1º OFÍCIO TRINDADE-GO

28.690.130/0001-12
CLINICA DE DIAGNOSTICO
POR IMAGEM DE TRINDADE LTDA
Av. Manoel Monteiro nº 40 Qd. 11 Lt. 02
Jardim Salvador CEP: 75.388-454
Trindade - GO

Instituto Alcance

ATESTADO CAPACIDADE TÉCNICA

O Instituto Alcance Gestão em Saúde, inscrito no CNPJ: 27.949.878/0001-24; com endereço na AV. T-10, nº 208, Sala 1311, Edifício New Times Square Urban Office, Setor Bueno, Goiânia-GO; vem através do seu Presidente do Conselho de Administração Sr. Valdomiro Amaral Garay Naimayer, CPF: 019.624.671-71, atestar que o Médico Dr. Alexandre Detlef Richter Filho exerceu a função de Superintendente Técnico desta Instituição no período de julho de 2018 a Dezembro de 2019. Neste, o Instituto Alcance administrava unidade de São Miguel do Araguaia, Hospital Municipal Adailton do Amaral com 42 leitos.

Registre-se que a função exercida pelo mesmo foi com qualidade, excelência e bom desempenho, e nada consta a desabonar o profissional.

Goiânia, 24 de Setembro de 2021.

VALDOMIRO AMARAL GARAY NAIMAYER:01962467171

Assinado de forma digital por VALDOMIRO AMARAL GARAY NAIMAYER:01962467171
Dados: 2021.09.24 17:30:08 -03'00'

Presidente Conselho de Administração

Valdomiro Amaral Garay Naimayer

DECLARAÇÃO

Declaro por meio desta para os devidos fins legais de direito que ADRIANO ALVES DE MENESES, inscrito no CPF sob o nº. 853.837.671-34, residente e domiciliado na avenida Ministro Fernando Costa, nº.1000, Centro, Ceres/GO, CEP 76.300-000, ATUA COMO DIRETOR TECNICO E EXECUTA SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA, desde o ano de 2011 de maneira satisfatória, no HOSPITAL ORTOPÉDICO DE CERES, Nº de leitos: 19 leitos de enfermarias, 12 leitos de apartamentos, 10 leitos de UTI e 05 SEMI UTI, cumprindo com todas as suas responsabilidades não restando nada que o desabone.

Ceres, 21 de setembro de 2021

Hospital Ortopédico de Ceres
01.780.070/0001-53

Hospital Ortopédico de Ceres

TABELIONATO DE NOTAS 1º CERES - GO

1º Notas
Tabelionato de Notas de Ceres - GO
Heiji Gushiken Duarte - Tabelião
Rua Rodolfo Martins nº 75-B, Centro - Ceres - GO
CEP.:76.300-000 - Fone: (62)3323-2612

Autentico para os devidos efeitos que a fotocópia confere com o documento original apresentado. (Decreto Lei nº 2.148/40, art.2º) Dou Fé. **Ceres-GO, 21 de setembro de 2021.**

Selo:01652109213021809490032
Consulte este selo em -
https://sce.tjgo.jus.br
EmolumentosR$6,18

Jaqueline Cristina Almeida