d) identificação e prevenção das doenças bucais oriundas exclusivamente da atividade laboral.

PERIODONTIA

Periodontia é a especialidade que tem como objetivo o estudo, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças gengivais e periodontais, visando à promoção e ao restabelecimento da saúde periodontal.

As áreas de competência para atuação do especialista em Periodontia incluem:

a) avaliação diagnostica e planejamento do tratamento;

b) controle de causas das doenças gengivais e periodontais;

c) controle de sequelas e danos das doenças gengivais e periodontais;

d) procedimentos preventivos, clínicos e cirúrgicos para regeneração dos tecidos periodontais;

e) outros procedimentos necessários à manutenção ou à complementação do tratamento das doenças gengivais e periodontais; e, estomatognático, visando a proporcionar conforto, estética e saúde pela recolocação dos dentes destruídos ou perdidos e dos tecidos contíguos

ESTOMATOLOGIA

Estomatologia é a especialidade que tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento das doenças próprias da boca e suas estruturas anexas, das manifestações bucais de doenças sistêmicas, bem como o diagnóstico e a prevenção de doenças sistêmicas que possam eventualmente interferir no tratamento odontológico.

As áreas de competência para atuação do especialista em Estomatologia incluem:

a) promoção e execução de procedimentos preventivos em nível individual e coletivo na área de saúde bucal;

b) obtenção de informações necessárias à manutenção da saúde do paciente, visando à prevenção, ao diagnóstico, ao prognóstico e ao tratamento de alterações estruturais e funcionais da cavidade bucal e das estruturas anexas; e,

c) realização ou solicitação de exames complementares, necessários ao esclarecimento do diagnóstico.

12.2.8.4 Equipe Mínima

O Serviço Odontologia integrará o corpo de profissionais da policlínica com uma equipe formada por 6 (Seis) profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 3 odontólogos e 3 assistentes

12.2.8.5 Horário de funcionamento

7 h às 19 h de segunda a sexta-feira em dois turnos de 6 h (7 às 13 h e 13 às 19 h).

12.3Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de

estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

A Equipe Gestora está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes na Unidade de Saúde.

- O gerenciamento exercido pela Equipe Gestora está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e está aportado nas diretrizes operacionais:
- Valorizamos transparência
- Implementar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual objetivando garantir a atenção à saúde. e Implementar o Comitê de Qualidade e as Comissões Técnicas.
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população.
- Dispor de Recursos Humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores,
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário.
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho.
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos.
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos. Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população,
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde.
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, por meio da aplicação de uma linha de base, da avaliação de , processos e resultados e, da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

A Administração Geral compreende a Hotelaria, Recepção , Portaria/Segurança/ Almoxarifado e Manutenção Predial que devem funcionar 24h por dia;

Será apresentada uma visão geral desses serviços, acompanhado da área financeira e do RH complementam a chamada Administração Geral

A área Financeira e RH funcionam de 2a a 6a das 8 às 18h, tendo em vista que não há necessidade de plantões noturnos nem fins de semana.

A hotelaria hospitalar não fazia parte do contexto até há pouco tempo. Desde que o médico fosse competente e a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS aparentemente limpo, nada mais importava para o paciente.

Nesse período, quem buscava a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS para cuidar da saúde, ao entrar no ambiente hospitalar ele deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo (daí o nome, paciente), obedecendo às ordens médicas e da enfermagem. Esse tempo passou.

Agora, quem busca a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS não é mais paciente: é um cidadão que sabe de seus direitos e suas responsabilidades. Ele vai em busca de solução para seus problemas e sente-se com direito de ser bem atendido.

A Unidade de Saúde precisa corresponder não só às necessidades do usuário, mas também às suas expectativas.

Já não basta a competência do médico, do enfermeiro e nem a aparência limpa da Unidade.

O usuário quer ciência e tecnologia, mas também conforto e segurança. Quer que seus medos sejam minimizados e o ambiente branco e estéril da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS tradicional seja um pouco mais humanizado.

Ele quer continuar em contato com o mundo, agora não só através do telefone, mas ele quer televisão, jornais, revistas. Enfim, o paciente não quer se sentir excluído da sociedade e exige um ambiente com aspecto que lembre mais um hotel e que cause menos estresse.

Os hospitais, atualmente, reconhecem que precisam mudar o conceito de hospedagem hospitalar para proporcionar ao usuário em vez de um ambiente frio, e impessoal, um ambiente agradável e humanizado, ainda que muito complexo.

O INSTITUTO CEM tem uma visão voltada para a contínua busca da excelência, conciliando os objetivos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS com o ato de hospedar, sem-perder; de vista a especificidade de necessidades de seus usuários.

A implantação de um novo conceito: de hotelaria-governança hospitalar: envolve planejamento. É necessário que todos os serviços básicos da hotelaria governança _ hospitalar tenham a sua gestão focada no usuário e na qualidade da assistência prestada.

Se hotelaria "quer dizer hospitalidade, ato de hospedar, de acolher com satisfação e prazer" é indispensável que as pessoas que acolhem o usuário na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS estejam conscientes da importância do seu papel e que busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione o encantamento do usuário.

Somente a estrutura física e equipamentos de ponta não serão suficientes. As pessoas é que fazem a diferença no atendimento, sendo indispensável o reconhecimento desse fato, pela empresa de saúde e pelo próprio serviço de hotelaria hospitalar, para criar condições para motivar e reter os talentos que agregam valor à assistência prestada.

12.3.1 Serviço de Hotelaria-Governança Hospitalar

O Serviço de Hotelaria-Governança Hospitalar é uma nova concepção de Hospitalidade SUS que visa proporcionar ao seu usuário, conforto, segurança, e bem estar, através de algumas ações inovadoras de hotelaria.

O objetivo do INSTITUTO CEM é acomodar os pacientes-usuários satisfatoriamente, oferecendo um tratamento personalizado e humanizado durante sua permanência na Unidade de Saúde. A existência de. camareira, roupeiro e recepcionista, ao invés do antigo cargo "auxiliar de serviços gerais".

- A mudança de chefia para governanta e de zeladoria para Governança.
- Oferecer equipe de camareira 12 horas.
- Minimizar as tarefas da equipe de enfermagem, para dedicar maior tempo ao paciente.
- Conciliar a saúde e o ato de receber bem, tornando o ambiente. Mais acolhedor para a família e para o paciente.
- Oferecer lanche no refeitório oferecido pela divisão de nutrição.
- Manter programa. educativo para acompanhantes, por meio de palestras de deveres e direitos, elaboradas periodicamente em salas com data Show .

Embora o foco principal seja o tratamento, e assistência; a Unidade e deve investir nos serviços que envolvem a hospedagem, reconhecer ido o paciente e o seu acompanhante como clientes.

Segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, "humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de reconhecimento. "A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes".

Aspectos Relevantes na Gestão de Hotelaria:

- Rouparia - melhor apresentação dos enxovais fornecidos na/ unidade através de Kits embalados e selados.
- Os carrinhos das camareiras aperfeiçoam o fluxo e o controle de roupas nas enfermarias, evitando a manipulação pela enfermagem ou pelas mães (no caso da pediatria), ocasionando grande evasão ou uso indevido das roupas.
- Os uniformes causam um impacto positivo em relação a autoestima- e a valorização do profissional e da imagem da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS
- Cursos — Instituições educativas que podem oferecer cursos específico de Governança e camareira, é um investimento com ótimo aproveitamento na tomada de decisão e conhecimento básico da área.

A proposta de humanização da assistência à saúde resulta na conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais.

Os fatores que precisam ser observados para viabilizar o tratamento mais humanizado são:

- Boas condições de trabalho.
- Educação continuada.
- Resolubilidade
- Mais garantia da -participação do usuário, e da família no processo de recuperação.
- Acolhida individualizada c respeitosa.
- Redução do afastamento do seu ambiente familiar,
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados
- Sistema de incentivo ao tratamento humanizado.
- Modernizar as relações de trabalho, tornando as unidades mais harmoniosas.

A humanização resultante da implantação da Hotelaria- Governança na Unidade de Saúde não vai curar a doença, mas torna o sofrimento mais tolerável, e o paciente mais propício ao tratamento e transforma os familiares em importantes colaboradores.

É a humanização, através da Hotelaria- Governança, mudando condutas e comportamentos tornando a Unidade de Saúde um espaço digno para os momentos difíceis de seus usuários.

HORÁRIO

A Hotelaria da Unidade funcionará 12 horas por dia, 5 dias por semana.

AMBULATÓRIO

O Ambulatório funcionará de 2a a 6a feira das 07 ás 19hs, 12 hs/dia.

SADT : 12 horas/dia, 5 dias por semana , de 2a a 6a feira de 7h às 19hs

Equipe composta de Médicos, Enfermeiros, Agente Administrativo, condutores de macas, etc.

RECEPÇÕES

As recepções da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS funcionarão da seguinte forma:

Ambulatório: de 2a a 6a feira de 7h às 19h.

SADT : 24 horas/dia, 5 dias por semana .

Equipe composta por recepcionista e vigilantes.

PORTARIA

Funcionarão 24h por dia, 5 dias por semana, sendo que será definido, em função do layout físico da Unidade como será distribuída a equipe pelas portas de acesso. Equipe composta por seguranças

SEGURANÇA

Funcionarão 24h por dia; -7 dias por semana, sendo que será (definido,-- em função do layout físico da Unidade como será distribuída pelas portas de acesso, bem como a redução de pessoal no turno da noite e fins de semana.

Equipe composta por seguranças

ALMOXARIFADO

O Almoxarifado funcionará 24h por dia; -7 dias por semana, com equipe: completa.

Equipe composta pelo Coordenador da Área , Auxiliares de almoxarifado e Agente Administrativo.

MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção Predial funcionará 24h por dia; -7 dias por semana,.

Equipe composta por eletricistas, Coordenador da área, Auxiliares de manutenção, Assessor Administrativo.

12.3.2 Serviço de Administração geral

A estrutura administrativa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , 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 CEM tem por norte 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).

12.3.2.1 Equipe mínima

A equipe mínima da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS 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 INSTITUTO CEM, a Administração da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS também terá sua estrutura, no qual relacionamos a seguir e resumidamente apresentamos suas respectivas atribuições:

- **Gestão de Pessoal** - 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 REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ;
- **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 e Contas Hospitalares** – 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 REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ;
- **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 REGIONAL - UNIDADE GOIÁS com base na Tabela de Temporalidade e legislação em vigor.

Desta forma e, assim como já utilizado pelo INSTITUTO CEM, para as atividades administrativas desempenhadas na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , serão adotados fluxos, Procedimentos Operacionais Padrão e demais ferramentas aplicáveis a higienização e desinfecção das unidade, manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial, máquinas, móveis e equipamentos, dedetização e desratização, normativas para gestão dos recursos humanos e serviço de medicina do trabalho conforme consta na legislação vigente, bem como adotados os regulamentos e normas para contratação de serviços, compras de itens para suprimento e ressuprimento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , conforme normas e detalhamentos já explanados ao longo desta Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

No âmbito de segurança da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , a Direção Administrativa deverá organizar e planejar as ações em conformidade com as normativas de procedimentos administrativos integrados em conjunto com as demais áreas técnicas de atendimento direto aos pacientes, considerando e respeitando as rotinas executadas pelas equipes multidisciplinares. Abaixo segue um modelo de controle de acesso a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , onde serão implementadas normas que disciplinam a circulação de pessoas no interior da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , cujos moldes inicialmente propostos seguem abaixo, porém, que poderão ser adequados para melhor se enquadrarem a necessidade da unidade:

12.3.3 Serviço de Recepção e Vigilância

1-Diretrizes Gerais:

1.1- O Serviço de Recepção e Vigilância deverá ser informado previamente pelo setor competente quando da entrada de pessoas para participação em eventos, reuniões, grupos educativos, imprensa e outros na Unidade;
1.2- O servidor/profissional que receber visitas, ou solicitar qualquer prestação de serviço externo afeto a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , ficará responsável pela permanência destes na instituição, devendo encaminhá-los à recepção na sua saída;
1.3- O acesso de profissionais e servidores a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverá se dar exclusivamente pela Portaria destinada a tal, mediante apresentação e porte de crachá, em local visível; independentemente do sistema de biometria, quando disponível;

1.4- As ambulâncias que vierem transportando pacientes de outras unidades para internação deverão estacionar em área específica. Somente serão liberadas as ambulâncias mediante a autorização da equipe;

1.5- As visitas aos pacientes , bem como de visitantes e fornecedores, somente poderão adentrar a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , após cadastro e autorizações específicas, conforme o caso;

1.6- O acesso dos pacientes externos para consulta no Ambulatório, assim como o de seus acompanhantes, e os Pacientes para realização de exames, dar-se-á exclusivamente pela portaria e horários específicos;

1.7- Durante todo o decorrer do expediente e, principalmente ao final das atividades diárias, as Coordenações/Supervisões ficarão incumbidas de verificar o devido fechamento dos portões internos que interligam as alas da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

1.8- Na área destinada à cargas ou descargas na unidade, todas as entradas e saídas de veículos, materiais, equipamentos, deverão ser registradas em formulário específico, contendo pelo menos o horário de entrada e saída, dados da placa do veículo, nome da empresa e identificação do condutor, sendo vedada a pernoite no pátio por veículos de prestadores de serviços (limpeza, segurança, manutenções, etc);

2- Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns

O trânsito e permanência de pessoas sem identificação nos Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverá ser imediatamente comunicada à Diretoria Administrativa e à Seção de Segurança, que tomará as medidas cabíveis;

Todos os profissionais e servidores somente poderão ter acesso e locomoção na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS se estiverem em escala regular de trabalho e utilizando-se do uniforme, crachá e identificação apropriada;

Autoridades e visitantes, somente poderão transitar na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS devidamente identificados e acompanhados de profissional responsável.

12.3.4 Serviço de Segurança

O serviço de segurança da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS poderá ser terceirizado. Os setores poderão ter comunicação entre rádios e ramais internos da unidade;

Vislumbra-se ainda a possibilidade do monitoramento constante do sistema de vídeo, a se implementar conforme estrutura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

12.3.5 Serviço de Manutenção Predial

O Serviço de Manutenção Predial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , será responsável por toda a estrutura física das unidades. Sob o seu comando estarão às ações relativas manutenções preditiva, preventivas e corretivas.

12.3.5.1 Planejamento

A estrutura da unidade que compõem a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , deverá ser um organismo dinâmico, sempre em mutação: paredes e divisórias são seguidamente removidas, deslocadas e acrescidas; alterações espaciais se sucedem em decorrência de exigências normativas, administrativas e técnicas; novos equipamentos demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações (água, energia elétrica e outros).

Didaticamente, as unidades abrangem em seu bojo várias Arquiteturas", como: Arquitetura-Infecto-Preditiva, Arquitetura-Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração- Preditiva, Arquitetura-Humanização-Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por Antecipação".

12.3.5.2 Continuidade, Organização e Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Manutenção Orgânica, Arquitetura Manutenção Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionados para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e, principalmente, para assegurar a imprescindível Continuidade Operacional" (sem interrupção) de setores vitais e críticosA presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados a Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva, com o objetivo é a abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva e tornar viáveis e/ou menos problemáticas as alterações e novas incorporações, que se sucederão no dia-a-dia da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de analises minuciosas; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros

indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

12.3.5.3 Sistema de Gestão dos Serviços da Seção de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Referências para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.Considera-se os seguintes serviços críticos:
- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas referências devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para a estrutura do prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas. Outros itens porventura não citados aqui, porém necessários para garantir a conservação do prédio que abrange a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , e que podem ser acrescentados no planejamento da manutenção.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente

- Pontos de água (fria quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior. Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas).
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior.
- Ramais e sub ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados.
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação.
- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.
- Registros:
- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulagem da vazão de água ou fechamento.
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas a interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados.
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, subcoletores e coletores.
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.
- Ralos e sifões:
- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento.
- Ralos sifonados e sifões possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.
- Águas pluviais:
- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais.
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais, estes

SISTEMAS HIDRÁULICOS DE COMBATE A INCÊNDIO:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Usar a grelha de proteção nos ralos das pias de cozinha.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.

- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Utilizar como referência a Planilha Modelo para Acompanhamento de Consumo de Energia e Água.	Diária
Limpar ralos e grelhas das águas pluviais. Caso identifique-se grande quantidade de resíduos, fazer a limpeza diária.	Semanal
Alternar o funcionamento das bombas de recalque. Sugere-se ligar a bomba reserva por um dia a cada quinze dias.	Quinzenal
Verificar o funcionamento da bomba (ruído, apoios, vibração, estabilidade).	Mensal
Limpar os bicos removíveis das torneiras, pois é comum o acúmulo de resíduos provenientes da própria tubulação.	Mensal
Limpar e verificar a regulagem do mecanismo de descarga.	Mensal
Limpar caixas de inspeção e caixas de gordura. Pode-se alterar esta periodicidade para trimestral, caso o volume de resíduos seja pequeno.	Mensal
Verificar fechos hídricos das caixas sifonadas.	Mensal
Analisar consumo de água e efetuar testes de verificação de vazamentos, quando identificado na leitura do medidor aumento injustificado do consumo.	Mensal
Operar (fechar e abrir completamente) os registros de gaveta, principalmente dos barriletes e do subsolo;	Trimestral
Limpar crivo da válvula de pé.	Semestral
Limpar crivos dos chuveiros e arejadores.	Semestral
Efetuar limpeza dos reservatórios, com empresa especializada. Caso seja identificado algum indício de contaminação ou problemas no fornecimento de água potável pela rede pública, efetuar a limpeza em caráter extraordinário.	Semestral

Acionar tubulações que não são constantemente usadas, como o extravasor, de forma a evitar incrustações e entupimentos.	Semestral
Limpar calhas e buzinotes (planejar uma limpeza para antes das chuvas).	Trimestral
Limpar ralos e sifões das louças, tanques, lavatórios e pias, retirando todo material causador de entupimento (panos, fósforos, cabelos, etc.) e jogando água a fim de se manter o fecho hídrico nos ralos sifonados, evitando o mau cheiro proveniente da rede de esgoto.	Semestral
Verificar tubulações de captação e drenagem da água do jardim para detectar a presença de raízes que possam entupir a tubulação.	Anual
Verificar e substituir, quando necessário, as gaxetas, anéis *o ring* e a estanqueidade dos registros de gaveta, visando evitar vazamento.	A cada 3 anos

Manutenção Corretiva – Critérios de Vistoria

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d´água antes de submeter a tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.

- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis.
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários.
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias.
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação.
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com
- Isolamento de PVC

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

- É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositivo diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSFÉRICAS (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

SISTEMA DE ATERRAMENTO:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação à terra.

Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.
- Utilizar proteção individual (ex.:estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug s a serem empregados;
- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro de distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220V quando o padrão geral for 127V).

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade.
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos.
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de energia. Utilizar como referência a Planilha Modelo para acompanhamento de Consumo de Energia e Água.	Diária
Fazer teste de funcionamento do sistema de iluminação de emergência;	Mensal
Verificar se os fusíveis do sistema de iluminação de emergência estão mal fixados ou queimados;	Bimestral
Rever estado de isolamento das emendas de fios.	Semestral
Testar o disjuntor tipo DR apertando o botão localizado no próprio disjuntor. Ao apertar o botão, a energia será cortada. Caso isso não ocorra, trocar o disjuntor.	Semestral
Verificar o estado dos contatos elétricos, substituindo as peças que apresentarem desgaste (tomadas, interruptores, pontos de luz).	Semestral
Verificar a continuidade dos condutores em cobre no do sistema de aterramento.	Anual
Desobstruir poços de inspeção das hastes de aterramento.	Anual
Verificar interligação das antenas ao sistema de aterramento.	Anual
Reapertar todas as conexões dos Quadros de Distribuição.	Anual

Realizar manutenção preventiva da subestação com empresa especializada.	A cada 2 anos
Efetuar manutenções previstas do grupo gerador;	Conforme fabricante

Revestimentos e Pisos

Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada 3 anos.

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm);
- Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Cerâmico e Rejuntes
Descrição do Sistema
Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água. Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntes

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos de pisos e paredes e dificultar a penetração de água.
- Os rejuntes também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos(a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, deve-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntes.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.

- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis.
- Usar escova apropriada.
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntes.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar e completar o rejuntamento, a cada ano ou quando aparecerem falhas.	**Anual**
Lavar as paredes externas para retirar o acúmulo de sujeira, fuligem e fungos. Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos.	**Anual**
No caso de fachadas e pisos, verificar as juntas de trabalho. Estas devem ser preenchidas com *mástique* e nunca com argamassa para rejuntamento.	**Anual**
Verificar se existem peças soltas ou trincadas e reassentá-las imediatamente com argamassa colante adequada.	**Anual**

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntes) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema

Pedras naturais são mármores, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça deve-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático.
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentaram remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.
- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.

- Não deixar cair sobre a superfície graxas, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc) caírem sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção	Periodicidade
Encerar pisos polidos com produtos específicos para proteger a pedra de agentes abrasivos. Em áreas de circulação intensa, intensificar a periodicidade (semanal ou diária).	**Pelo menos mensal**
Verificar e completar o rejuntamento, a cada ano ou quando	**Anual**
No caso de fachadas e pisos, verificar as juntas de trabalho. Estas devem ser preenchidas com *mástique* e nunca com argamassa para	**Anual**
Verificar se existem peças soltas ou trincadas e reassentá-las imediatamente com argamassa colante adequada.	**Anual**

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.

- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças

Pisos Cimentados e Acabados em ConcretoDescrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos, etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a integridade física do piso cimentado, quando utilizado em garagens ou em áreas externas recompondo-o, quando necessário.	**Anual**

Verificar as juntas de trabalho. Quando necessário, reaplicar *mastiques* ou substituir junta *elastomérica*, nunca com argamassa ou silicone.	**Anual**

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contrapiso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m

Pintura (Interna e Externa) Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc, bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.
- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras;
- bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.
- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contém mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo - madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização - madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar o aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento - madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento - madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

Cuidados de Uso

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas.

- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície.
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos.
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão.
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas.
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas.
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas.
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem-se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve- se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície.
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Repintura de áreas internas e externas (fachada, muros, etc.).	**2 anos**

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede.
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias.
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva.
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície.
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa.
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno).
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias.
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado.
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso.
- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc,. antes da pintura.

- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos.
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos.
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água.
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas

Revestimento Interno

Descrição do Sistema:

- Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), um porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira
- PVC (em placas removíveis ou lâminas)
- Gesso (em placas e acartonado)
- Fibra mineral
- Isopor
- Lã de vidro
- Metal

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso: Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.
- Forros de PVC
- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.
- Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo

Esquadrias, Impermeabilização e outros

ESQUADRIAS

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batentes e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: auto-portantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento: Charneira (de abrir"): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas.

- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado).
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva.
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel.

- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.
- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material autolubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Esquadrias de Madeira

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Limpar as esquadrias com um pano umedecido e logo após um pano seco. Antes, deve-se ter o cuidado de retirar o excesso de pó com um espanador ou escova.	Bimestral

Limpar trilhos inferiores em portas e janelas de correr, evitando- se o acúmulo de poeira que podem comprometer o desempenho das roldanas e exigir a sua troca precoce.	Bimestral
Reapertar com chave de fenda (sem excesso de força) todos os parafusos dos fechos, fechaduras, puxadores, fixadores e roldanas, sempre que necessário.	Trimestral
Reaplicar verniz nas esquadrias com acabamento envernizado.	Anual
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	Anual
Repintar esquadrias com acabamento em pintura, com o uso correto da tinta.	3 anos
Raspar totalmente e reaplicar verniz nas esquadrias envernizadas.	3 anos
Esquadrias de Ferro	Trimestral
Repintar as esquadrias, após o tratamento devido dos pontos de oxidação, com as mesmas especificações da pintura original.	A cada 2 anos
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	Anual

Esquadrias de Alumínio

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Limpar as esquadrias como um todo, inclusive guarnições de borracha e escovas, com solução de água e detergente neutro a 5%, com auxílio de esponja macia.	Bimestral
Limpar trilhos inferiores em janelas e portas de correr, evitando- se o acúmulo de poeira que podem comprometer o desempenho das roldanas e exigir a sua troca precoce.	Bimestral
Limpar os drenos (orifícios) dos trilhos inferiores, para evitar entupimentos e vazamento de água para o interior do ambiente, principalmente em épocas de chuva.	Bimestral
Reapertar com chave de fenda (sem excesso de força) todos os parafusos dos fechos, fechaduras, puxadores, fixadores e roldanas.	Trimestral
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	A n

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.

- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.

- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.

- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.
- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

DIVISÓRIAS

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis.
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída (chapa dura", tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos.
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termo acústico.
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Verificar e ajustar portas e fechaduras em divisória.	Semestral
Verificar situação dos perfis e parafusos quanto à oxidação.	Anual
Verificar fixação dos vidros e estabilidade dos conjuntos.	Anual
Verificar condições de acabamento das chapas.	Anual

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verifica[illegible]abilidade dos pa[illegible]
- Verificar pr[illegible]o das divisórias com auxílio d[illegible]
- [illegible]ualm[illegible]
  [illegible]nen[illegible]

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.

- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.

- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.

- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.

- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d´água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).

- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.

- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc).

- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especiais, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc).

- Manta asfáltica: produto impermeável, pré fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processo, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.

- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.

- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.

- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.

- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.

- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.

Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de**aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.**

- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.

- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Inspecionar os rejuntamentos dos pisos, paredes, soleiras, ralos e peças sanitárias, pois, através das falhas nos mesmos, poderá ocorrer infiltração de água.	**Anual**
Inspecionar a camada drenante do jardim, verificando se não há obstrução na tubulação e entupimento dos ralos.	**Anual**

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.

- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.

- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10cm.

- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.

- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.

- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc). As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- Telhamento: constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termo acústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente.

- Trama: constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas.

- Estrutura de Apoio: constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante

- do edifício.

- Sistemas de Águas Pluviais: constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).

- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Fazer limpeza das calhas e coletores. Quando necessário, intensificar a periodicidade, principalmente em épocas de chuva e quando houver alta incidência de sujeira (ex: árvores próximas).	**Trimestral**
Inspecionar rufos, fazendo os reparos necessários para garantir a estanqueidade.	**Trimestral**
Verificar a presença de telhas partidas ou trincadas e efetuar a substituição (devem ser utilizadas telhas da mesma especificação).	**Trimestral**
Verificar deslizamento de telhas e proceder os ajustes necessários.	**Trimestral**
Verificar a situação das borrachas substituição, quando necessário de vedação de parafusos e efetuar	**Anual**

Manutenção Corretiva - Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente a uniformidade da distribuição e acabamento dos caibros sobre as terças. Verificar se o espaçamento entre os caibros atende ao projeto.

- Verificar visualmente a uniformidade da distribuição e acabamento das ripas sobre os caibros. Verificar se o espaçamento entre as ripas atende à galga da telha.

- Verificar o sentido de telhamento (horizontal e vertical), de acordo com as orientações do fabricante e incidência predominante do vento.

- Verificar visualmente o alinhamento e acabamento das telhas.

- Verificar fixação das telhas, incluindo a vedação dos elementos de fixação.

- Verificar inclinação mínima (0,5%) e estanqueidade das calhas. Sugere-se a colocação de água para esta verificação

Descrição do Sistema:
Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.
O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.
No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento. Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ)
- Split
- Self Contained

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar), são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.
Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).

- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.

- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.

- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

Manutenção Preventiva (Condicionador de Ar de Janela)

a) Ventiladores

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Mensal
Limpar o conjunto.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o aquecimento anormal dos mancais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal
Verificar o estado dos amortecedores de vibração.	Mensal
Verificar o estado e a instalação dos dispositivos de proteção.	Mensal

Verificar aperto dos parafusos em geral.	Mensal

b) Quadro de Comando Elétrico

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Verificar os elementos quanto ao funcionamento eletromecânico e fixação.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas dos equipamentos ligados ao quadro.	Mensal
Verificar fiações, barramentos e sistemas de aterramento.	Mensal
Medir e registrar as tensões de entrada no quadro elétrico.	Mensal
Verificar a instalação e suas condições locais.	Semestral
Limpar os elementos e eliminar pontos de corrosão.	Semestral
Reapertar os terminais, barramentos e elementos de fixação.	Semestral

c) Motor

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar o sentido de rotação.	Mensal

Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Semestral
Limpar os elementos.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Lubrificar os mancais.	Semestral
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Semestral
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Semestral
Verificar o aterramento elétrico.	Semestral
Verificar aperto dos parafusos de fixação das bases dos motores.	Semestral

d) Compressores Alternativos e Parafusos

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar a existência de sujeira externa, danos e corrosão.	Semestral

Limpar externamente.	Semestral
Eliminar focos de corrosão	Semestral
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Semestral
Verificar o aterramento elétrico.	Semestral
Executar teste de vazamento.	Semestral
Verificar os parafusos de fixação das bases dos compressores.	Semestral

e) Circuito Refrigerante

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Limpar externamente.	Mensal
Verificar a existência de danos, corrosão externa e fixação.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Verificar a existência de danos no isolamento.	Semestral
Verificar a existência de danos externos nos compensadores de vibração.	Semestral
Verificar a existência de vazamento.	Semestral

Verificar o comportamento do filtro 1 ou 2 saídas.	Semestral
Verificar as condições do tubo capilar expansor.	Semestral

f) Serpentina Evaporadora

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Limpar superfícies de troca de calor.	Semestral
Verificar o isolamento térmico de componentes próximos (Inspeção visual).	Semestral
Verificar a existência de vazamentos.	Semestral

g) Serpentina Condensadora

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal

Limpar as superfícies de troca de calor.	Semestral
Verificar o isolamento térmico do componente (inspeção Visual).	Semestral
Verificar a existência de vazamento	Semestral

h) Filtro de Ar

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar o elemento filtrante (quando recuperável).	Mensal
Substituir o elemento filtrante.	Mensal
Limpar e vedar frestas da estrutura.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Verificar o ajuste da moldura do filtro na estrutura.	Semestral

i) Gabinete / Chassis

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Limpar bandejas.	Mensal
Verificar a operação de drenagem de água da bandeja.	Mensal
Limpar o gabinete do condicionador.	Mensal
Verificar o nível de líquido no tanque de expansão.	Mensal
Ajustar o nível de líquido no tanque de expansão.	Mensal
Verificar o funcionamento dos dispositivos de controle e segurança.	Mensal
Verificar e eliminar sujeira, danos e corrosão no gabinete, na moldura da serpentina e bandeja.	Semestral
Verificar o estado de conservação do isolamento termo-acústico.	Semestral
Verificar a vedação dos painéis de fechamento do gabinete.	Semestral
Lavar as bandejas com remoção do biofilme (lodo), sem uso de produtos desengraxantes e corrosivos.	Semestral
Purgar o ar	Semestral
Drenar para eliminação de sujeira	Semestral

j) Instrumentação

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão externa.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Registrar e informar quais os instrumentos necessitam de calibração ou substituição.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Mensal

Manutenção Preventiva (Split) Periodicidade

a) Ventiladores

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Limpar o conjunto.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o aquecimento anormal dos mancais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal

Verificar vazamentos nas junções flexíveis.	Mensal
Verificar o estado dos amortecedores de vibração.	Mensal
Verificar o estado e a instalação dos dispositivos de proteção.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Verificar aperto dos parafusos em geral.	Mensal
Verificar a operação dos controles de vazão.	Trimestral
Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Semestral

b) Polias e Correias

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e desgastes.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar a tensão de esticamento e o alinhamento.	Mensal
Substituir o jogo de correias.	Mensal
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Mensal

Ajustar o conjunto.	Trimestral
Verificar a fixação das polias.	Semestral

c) Quadros Elétricos

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a instalação e suas condições locais.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos e eliminar pontos de corrosão.	Mensal
Verificar os elementos quanto ao funcionamento eletromecânico e fixação.	Mensal
Reapertar os terminais, barramentos e elementos de fixação.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas dos equipamentos ligados ao quadro.	Mensal
Verificar o funcionamento dos alarmes visuais e sonoros.	Mensal
Verificar a operação nas funções manual, automática e remota.	Mensal
Verificar fiações, barramentos e sistemas de aterramento.	Mensal
Medir e registrar as tensões de entrada no quadro elétrico.	Mensal

Eliminar focos de corrosão.	Trimestral
Regular os elementos de proteção, operação e controle conforme as condições de referência.	Semestral

d) Acionamento (motores)

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar o sentido de rotação.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar aperto dos parafusos de fixação das bases dos motores.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Semestral

Medir e registrar o isolamento elétrico.	Anual
Verificar o aterramento elétrico.	Anual

e) Compressores Alternativos e Parafusos

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira externa, danos e corrosão.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o nível de óleo no visor.	Mensal
Verificar o funcionamento do separador de óleo.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Mensal
Verificar o aterramento elétrico.	Mensal
Verificar o funcionamento do aquecedor de óleo.	Mensal
Verificar a operação, durante a partida, do dispositivo de redução de capacidade.	Mensal

Verificar o funcionamento das válvulas de serviços.	Mensal
Executar teste de vazamento.	Mensal
Verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos de segurança.	Mensal
Verificar os parafusos de fixação das bases dos compressores.	Mensal
Medir e registrar a pressão de sucção junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a temperatura do gás de sucção e do gás de descarga junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a temperatura junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a pressão do óleo.	Trimestral
Eliminar focos de corrosão	Semestral
Completar o nível de óleo.	Semestral
Verificar o teor de acidez do óleo.	Semestral

f) Circuito Refrigerante

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Verificar a existência de danos, corrosão externa e fixação.	Mensal
Verificar a existência de danos no isolamento.	Mensal
Verificar a existência de danos externos nos compensadores de vibração.	Mensal
Verificar a existência de vazamento.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Verificar o comportamento do filtro da linha de líquido.	Mensal
Verificar o visor de líquido	Mensal
Verificar as condições do tubo capilar da válvula de expansão.	Mensal
Verificar a operação das válvulas solenóides.	Trimestral
Reapertar conexões.	Trimestral
Ajustar os parâmetros de operação.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral

g) Trocador de Calor - Evaporador

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Verificar os fluxos dos fluidos refrigerante e refrigerado	Mensal
Verificar o isolamento térmico de componentes próximos (inspeção visual).	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Verificar a existência de vazamentos.	Mensal
Limpar superfícies de troca de calor.	Trimestral
Determinar e registrar o superaquecimento.	Semestral

h) Trocador de Calor - Condensador

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Verificar os fluxos dos fluidos.	Mensal
Verificar vazamentos internos e externos.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Determinar e registrar o subresfriamento.	Mensal

Verificar a operação dos dispositivos de segurança.	Trimestral
Limpar as superfícies de troca de calor.	Trimestral
Medir e registrar as temperaturas e as pressões na condição de plena vazão de ambos os fluidos nos pontos de entrada e de saída.	Semestral
Verificar o isolamento térmico do componente (inspeção visual).	Semestral

i) Filtro de Ar

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar e vedar frestas da estrutura.	Mensal
Verificar o ajuste da moldura do filtro na estrutura.	Mensal
Limpar o elemento filtrante (quando recuperável).	Mensal

j) Gabinete

Manutenção Preventiva	Periodicidade

Verificar e eliminar sujeira, danos e corrosão no gabinete, na moldura da serpentina e bandeja.	Mensal
Limpar bandejas.	Mensal
Verificar a operação de drenagem de água da bandeja.	Mensal
Verificar o estado de conservação do isolamento termo acústico.	Mensal
Verificar a vedação dos painéis de fechamento do gabinete.	Mensal
Lavar as bandejas e serpentinas com remoção do biofilme (lodo), sem uso de produtos desengraxantes e corrosivos.	Mensal
Limpar o gabinete do condicionador.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Substituir o elemento filtrante.	Anual
Medir e registrar o diferencial de pressão.	Anual

k) Desumidificador (Caso Exista)

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Testar a ação dos termostatos.	Mensal

Testar o funcionamento das resistências de desumidificação.	Mensal
Medir tensão e corrente nas resistências de desumidificação.	Mensal
Testar o intertravamento elétrico, quando da parada do ventilador do evaporador.	Mensal
Testar termostatos de controle do ambiente e de segurança das resistências.	Mensal

l) Distribuição e Difusão de Ar

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar funcionamento mecânico	Mensal
Lubrificar mancais de acionamento	Mensal
Verificar a existência de danos na isolação térmica da rede de dutos (inspeção visual)	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Ajustar para restabelecimento das condições de referência	Semestral

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão nos dutos, onde for acessível.	Anual
Limpar a rede de dutos, onde for acessível.	Anual
Diagnóstico microbiológico e visual da distribuição e difusão de ar dos sistemas.	Anual
Limpeza mecânica e descontaminação da rede de duto, com utilização de fumígenos (se necessário, de acordo com o diagnóstico acima).	Anual

m) Instrumentação

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão externa.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Registrar e informar quais os instrumentos necessitam de calibração ou substituição.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Trimestral
Verificar se o instrumento está fornecendo informação sobre a grandeza que está medindo.	Anual

Verificar e registrar a validade do período de calibração do instrumento, através de etiqueta, **selo ou certificado.**	Anual

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se estão sendo utilizadas peças adequadas para os reparos. Quando aplicável, devem ser utilizadas peças originais. Evitar improvisos.

- Verificar o adequado funcionamento dos equipamentos: controle de ventilação, temperatura de resfriamento, termostato, movimentação das paletas dos difusores, etc.

- Verificar visualmente o aspecto do equipamento, incluindo a limpeza das partes componentes.

- Verificar a vedação em torno dos condicionadores de ar de janela.

- Verificar a instalação das unidades condensadoras e evaporadoras dos splits. Estas devem estar livres de quaisquer tipos de obstrução das tomadas de ar de retorno ou insuflamento.

- Verificar a existência de calços de borracha junto aos pés da unidade condensadora para evitar ruídos indesejáveis.

- Verificar nivelamento das unidades evaporadoras e condensadoras dos splits.

- Verificar posicionamento adequado funcionamento dos drenos. A drenagem na unidade condensadora é imprescindível quando instalada no alto, causando risco de gotejamento

Implantação do Serviço de Manutenção Predial da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

A implantação do Serviço de Manutenção Predial para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- definir planos de manutenção;
- realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do INSTITUTO CEM;
- supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverá ser utilizado materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação. No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

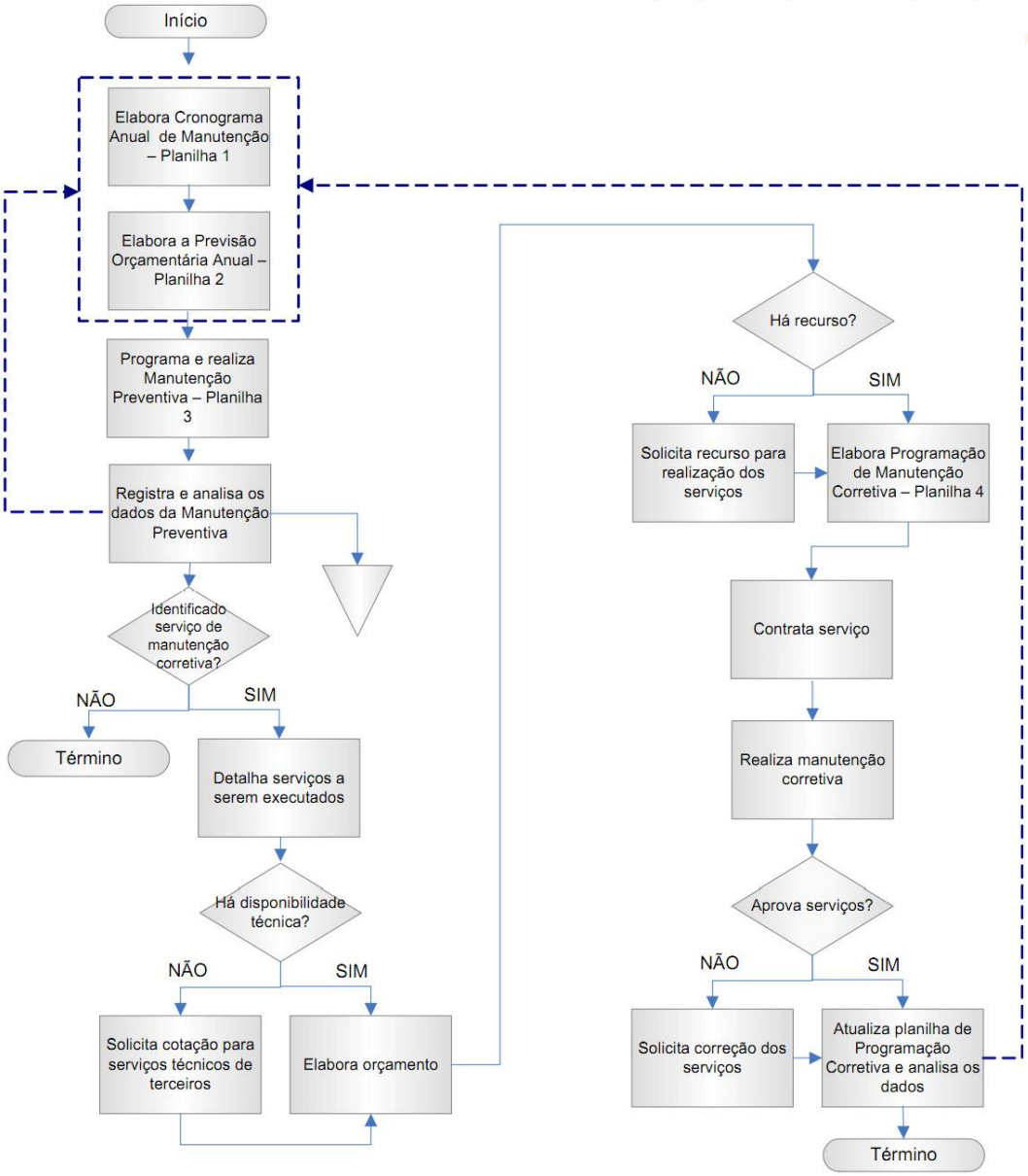
Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo de dos serviços de manutenção predial envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.



CONTROLE E PLANEJAMENTO DA MANUTENÇÃO PREDIAL DA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

A metodologia para planejamento e controle da gestão predial é composta por sistema com adaptação às necessidades de cada unidade, **Modelo a ser Implantado do Plano de Manutenção, Operação e Controle dos Serviços de Manutenção Predial**

Não somente manter as condições originais das máquinas e equipamentos, mas as atividades de manutenção atualmente possuem um escopo mais abrangente. Elas também introduzem melhorias que permeiam a efetivação de condições que contribuem para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços, assim, sendo divididas em atividades de Manutenção e Melhoria.

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou reestabelecer as condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações. Enquanto as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo do setor de manutenção predial deve-se pautar em seu cronograma de atendimento, realizando e identificando as atividades de melhoria e manutenção, as quais se desmembram, conforme já citamos em:

- Manutenção Preditiva: baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina possam ser são substituídos em períodos pré- programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-os antes de entrarem em colapso.
- Manutenção Preventiva: São atividades planejadas que prezam a conservação dos equipamentos e suas características produtivas ou de trabalho antecipando a ocorrência de falhas/quebras.
- Manutenção Corretiva: Possuem caráter emergencial e sem planejamento. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina/equipamento a uma interrupção.

Com o intuito de adotar boas práticas de trabalho o setor de manutenção predial irá elaborar um conjunto de procedimentos direcionados, visando padronizar e racionalizar as atividades a serem desenvolvidas no decorrer do ano pelo setor e através deste planejamento torna-las de conhecimento e possibilitando sua efetividade na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS sendo as mesas acompanhadas através de sistema e com monitoração de indicadores.

MANUTENÇÃO CIVIL

		PERIODICIDADE						
ITEM	REFERÊNCIA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL

1	REVESTIMENTO DE PAREDES			
1.1	Verificação da pintura / textura / fulget das fachadas e áreas comuns			•
2	PISO			
2.1	Verificar a existência de placas soltas desniveladas ou com o acabamento danificado, bem como o estado dos apoios. Quando necessário realizar a reposição		•	
3	ESQUADRIAS (FERRO E ALUMINIO)			
3.1	Inspecionar esquadrias: sistemas de abertura e fechamento, fixação dos vidros e puxadores		•	
4	FORROS (FIBRA MINERAL, GESSO, PVC E OUTROS)			
4.1	Verificar a existência de umidade, trincas ou demais defeitos		•	
5	COBERTURA E IMPERMEABILIZAÇÃO			
5.1	Realizar o estado de impermeabilização e proteção, acabamento em cantos, tubos	•		

	emergentes, canaletas soleiras, ralos e rufos. Quando necessário realizar reparos.	
5.2	Verificar funcionamento de ralos na cobertura, limpeza das calhas e coletores. Em épocas de chuva, intensificar a periodicidade (passara para quinzenal). Quando necessário, realizar limpeza ou desentupimento.	•
5.3	Verificar presença de telhas partidas ou trincadas e a estanqueidade e integridade do sistema de fixação, bem como deslizamento ou demais deslocamentos. Quando necessário, efetuar a substituição (devem ser utilizadas telhas da mesma especificação) ou reforço da fixação.	•
6	**ELEMENTOS DE CONCRETO DA FACHADA**	
6.1	Verificar a existência de oxidação da armadura ou desplacamento. Quando necessário, realizar	•

	recuperação da armadura e do revestimento.	

MANUTENÇÃO HIDRÁULICA

		PERIODICIDADE						
ITEM	REFERÊNCIA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENA	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1	INSTALAÇÕES HIDROSSANITARIAS							
1.1	Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Analisar consumo de água e efetuar teste de verificação de vazamentos, quando identificados na leitura do medidor aumento injustificado do consumo		•					
1.2	Limpar ralos, sifões, calhas, grelhas e buzinotes				•			
1.3	Verificar a regulagem do mecanismo das descargas. Quando necessário, realizar regulagem ou substituição de reparos.					•		

1.4	Limpar caixas de gordura. Identificar a necessidade de acordo com o local especificado.					•		
1.5	Inspecionar os sistemas e tubulações de redes coletores de resíduos líquidos					•		
1.6	Verificar posicionamento dos drenos existentes quanto a direcionamento para redes coletoras				•			
1.7	Inspecionar os registros de gaveta para evitar vazamento				•			
1.8	Inspecionar torneiras misturadores e registros				•			

MANUTENÇÃO MECÂNICA

		PERIODICIDADE						
ITEM	REFERÊNCIA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENA.	MENSAL	TRIMESTR.	SEMESTRA.	ANUAL
1	MANUTENÇÕES DE AR-CONDICIONADO DE PEQUENO, MÉDIO E GRANDE PORTE							

1.1	Verificação da tensão de alimentação de energia elétrica nas 3 fases		•
1.2	Controle de gotejamento de água pela gaxeta de bombas de dreno		•
1.3	Verificação da existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos nos equipamentos		•
1.4	Verificação da existência de vazamento de gás e / ou de água		•
1.5	Inspeção dos drenos e ralos de escoamento		•
1.6	Inspeção das juntas elásticas das conexões hidráulicas de água gelada e de condensação		•
1.7	Verificação de aquecimento nos motores e compressores		•
1.8	Limpeza da casa de maquinas e dos equipamentos tipo self		•

1.9	Verificação do funcionamento elétrico e mecânico dos motores e compressores		•
1.10	Verificação da existência de ruído anormal, elétrico ou mecânico nos motores e compressores		•
1.11	Verificação dos condicionadores quanto a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos		•
1.12	Inspeção no quadro elétrico dos condicionadores quanto a fusíveis dos motores dos condicionadores		•
1.13	Verificação do aquecimento nas chaves de partida e bases fusíveis dos motores dos condicionadores		•
1.14	Limpeza da sala de máquina central e do equipamento		•

1.15	Verificação dos parafusos de fixação dos motores dos ventiladores das torres		•
1.16	Inspeção do estado de conservação das bases e parafusos de regulagem e alinhamento		•
1.17	Limpeza interna dos dutos		•
1.18	Inspeção dos isolamentos da tubulação hidráulica de agua quanto a conservação verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores		•
1.19	Verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores		•
1.20	Aferição de amperagem dos motores e compressores		•
1.21	Verificação das regulagens dos dampers de ar exterior		•

1.22	Verificação dos fechos das tampas e parafusos dos painéis dos condicionadores		•
1.23	Inspeção do estado dos fios na entrada dos quadros elétricos dos condicionadores		•
1.24	Limpeza dos ralos de escoamento das salas dos condicionadores		•
1.25	Lavagem dos filtros de tomada de ar exterior		•
1.26	Verificação do estado dos mancais e correias de transmissão, substituindo quando necessário		•
1.27	Reaperto da base de fixação dos motores, parafusos de fixação dos mancais e suporte		•
1.28	Verificação do estado de limpeza das serpentinas		•
1.29	Avaliação do rendimento dos ventiladores, efetuar limpeza		•
1.30	Reaperto de polias de transmissão		•

1.31	Verificação de pontos de superaquecimento nas conexões elétricas e quadros elétricos					•		
1.32	Lubrificação dos mancais dos ventiladores					•		
1.33	Verificação de todos os componentes dos condicionadores quanto ao indicie de corrosão					•		
1.34	Teste de vazamento nas conexões e tubulações de gás refrigerante					•		
1.35	Aferição das pressões de gás refrigerante					•		

		PERIODICIDADE						
ITEM	REFERÊNCIA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MENSAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1	MANUTENÇÕES DE AR-CONDICIONADO DE PEQUENO, MÉDIO E GRANDE PORTE							
1.1	Verificação da tensão de alimentação de energia elétrica nas 3 fases					•		

1.2	Controle de gotejamento de agua pela gaxeta de bombas de dreno		•
1.3	Verificação da existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos nos equipamentos		•
1.4	Verificação da existência de vazamento de gás e / ou de agua		•
1.5	Inspeção dos drenos e ralos de escoamento		•
1.6	Inspeção das juntas elásticas das conexões hidráulicas de agua gelada e de condensação		•
1.7	Verificação de aquecimento nos motores e compressores		•
1.8	Limpeza da casa de maquinas e dos equipamentos tipo self		•
1.9	Verificação do funcionamento elétrico e mecânico dos motores e compressores		•

1.10	Verificação da existência de ruído anormal, elétrico ou mecânico nos motores e compressores		•
1.11	Verificação dos condicionadores quanto a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos		•
1.12	Inspeção no quadro elétrico dos condicionadores quanto a fusíveis dos motores dos condicionadores		•
1.13	Verificação do aquecimento nas chaves de partida e bases fusíveis dos motores dos condicionadores		•
1.14	Limpeza da sala de máquina central e do equipamento		•
1.15	Verificação dos parafusos de fixação dos motores dos ventiladores das torres		•

1.16	Inspeção do estado de conservação das bases e parafusos de regulagem e alinhamento	•	
1.17	Limpeza interna dos dutos		•
1.18	Inspeção dos isolamentos da tubulação hidráulica de agua quanto a conservação verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores	•	
1.19	Verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores	•	
1.20	Aferição de amperagem dos motores e compressores	•	
1.21	Verificação das regulagens dos dampers de ar exterior	•	
1.22	Verificação dos fechos das tampas e parafusos dos painéis dos condicionadores	•	

1.23	Inspeção do estado dos fios na entrada dos quadros elétricos dos condicionadores		•
1.24	Limpeza dos ralos de escoamento das salas dos condicionadores		•
1.25	Lavagem dos filtros de tomada de ar exterior		•
1.26	Verificação do estado dos mancais e correias de transmissão, substituindo quando necessário		•
1.27	Reaperto da base de fixação dos motores, parafusos de fixação dos mancais e suporte		•
1.28	Verificação do estado de limpeza das serpentinas		•
1.29	Avaliação do rendimento dos ventiladores, efetuar limpeza		•
1.30	Reaperto de polias de transmissão		•

1.31	Verificação de pontos de superaquecimento nas conexões elétricas e quadros elétricos		•
1.32	Lubrificação dos mancais dos ventiladores		•
1.33	Verificação de todos os componentes dos condicionadores quanto ao indicie de corrosão		•
1.34	Teste de vazamento nas conexões e tubulações de gás refrigerante		•
1.35	Aferição das pressões de gás refrigerante		•
1.36	Verificação das partes metálicas dos equipamentos quando ao indicie de corrosão.		•
2	CALDEIRAS / VASOS DE PRESSÃO		
2.1	Avaliações e verificações do sistema de segurança	•	
2.2	Avaliações e verificações dos visores de nível	•	

2.3	Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível	•	
2.4	Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo	•	
2.5	Avaliações e verificações do sistema de alimentação de água	•	
2.6	Avaliações e verificações do sistema de alimentação de tratamento de água	•	
2.8	Visita Técnica		•
2.9	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de segurança		•
2.10	Avaliações e verificações Manutenção dos visores de nível		•
2.11	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível		•

2.12	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo	•		
2.13	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de água	•		
2.14	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de tratamento da água	•		
2.15	Avaliações dos eletrodos ou trocas		•	
2.16	Avaliações e verificações Manutenção do queimador se necessário		•	
2.17	Abertura da boca de visita da caldeira			•
2.18	Verificações internas dos tubos			•
2.19	Avaliações e verificações Manutenção de toda tubulação interna de água			•

2.20	Abertura da caldeira sistema de gases parte interna	•	
2.21	Verificações internas das passagens dos gases e queimas	•	
2.22	Verificações do sistema de isolamento da caldeira (Refratário)	•	
2.23	Inspeção de segurança NR 13		•
2.24	Calibração das válvulas de segurança		•
2.25	Calibração dos pressostato		•
2.26	Calibração dos manômetros		•
2.27	Calibração do termômetro		•
2.28	Troca do refratário se necessário		•
2.29	Avaliações e verificações Manutenção dos espelhos		•

2.30	Verificação do trapézio da tampa traseira e dianteira da caldeira (Refratário)							•	

Manutenção Elétrica

		PERIODICIDADE						
ITEM	REFERÊNCIA	DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENA	MENSAL	TRIMESTRA	SEMESTRA	ANUAL
1	QUADRO GERAL DE FORÇA E DE ENTRADA DA CONCESSIONÁRIA (CELG - ENEEL)							
1.1	Ler os instrumentos de medição, inclusive entrada, e anotar	•						
1.2	Verificar o aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos e cabos de alimentação	•						
1.3	Verificar a existência de quaisquer anormalidades elétricas ou mecânicas (ruídos, odores) que possam caracterizar o mau funcionamento de algum componente	•						
1.4	Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do quadro geral	•						

1.5	Tomar nota das anormalidades verificadas durante os serviços e efetuar as correções necessárias	•		
1.6	Inspecionar as chaves seccionadoras dos disjuntores termomagnéticos para os andares e cuidar para que não superem as tabelas de amperagens máximas permitidas para cada pavimento	•		
1.7	Inspecionar os isoladores e conexões da saída dos disjuntores, evitando assim pontos de resistência elevada		•	
1.8	Verificar a pressão das molas dos disjuntores termomagnéticos		•	
1.9	Verificar os contatos de entrada e saída dos disjuntores		•	
1.10	Verificar a regulagem do disjuntor geral		•	
1.11	Inspecionar os cabos de alimentação para prevenir aquecimento (estado de isolamento)		•	
1.12	Verificar o equilíbrio das fases nos alimentadores (circuitos)		•	

1.13	Inspecionar as ligações da carcaça dos quadros à terra		•
1.14	Lubrificar as dobradiças das portas		•
1.15	Limpar externamente o quadro	•	
1.16	Efetuar testes de isolamento à corrente contínua	•	
1.17	Efetuar limpeza geral nas conexões e disjuntores	•	
1.18	Reapertar parafusos de fixação do barramento, conexões e ferragens	•	
2	QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE LUZ E FORÇA		
2.1	Verificar o aquecimento dos condutores de alimentação e distribuição	•	
2.2	Verificar o aquecimento dos disjuntores	•	
2.3	Verificar o aquecimento nos disjuntores "no- fuse" geral em todos os quadros de distribuição	•	
2.4	Verificar a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos, cheiros de queimados e outros	•	

2.5	Verificar as condições gerais de segurança do funcionamento dos quadros de distribuição de luz	•	
2.6	Reapertar os parafusos de contato dos disjuntores	•	
2.7	Reapertar a fixação e estado dos barramentos	•	
2.8	Limpar externamente os quadros	•	
3	QUADROS DE COMANDO		
3.1	Verificar a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos	•	
3.2	Verificar a existência de fusíveis queimados	•	
3.3	Inspecionar a pressão de contato dos fusíveis	•	
3.4	Inspecionar o estado das bases de fusíveis quanto ao aquecimento	•	
3.5	Verificar o fechamento correto das tampas dos porta-fusíveis		•
3.6	Inspecionar o estado das chaves magnéticas		•
3.7	Verificar o contato dos porta-fusíveis para evitar fusões		•
3.8	Verificar o ajuste dos relés de sobrecarga		•

3.9	Verificar o estado de conservação das bases dos fusíveis	•	
3.10	Reapertar os bornes de ligação das chaves magnéticas	•	
3.11	Reapertar os parafusos de contato dos botões de comando		•
4	REDES ELÉTRICAS CONVENCIONAIS		
4.1	Medir a amperagem da fiação e verificação da concordância com as tabelas de amperagem máxima permitida	•	
5	ILUMINAÇÃO		
5.1	Verificar as luminárias quanto à ocorrência de lâmpadas queimadas ou com operação insuficiente	•	
5.2	Verificar contatos internos, reapertar os parafusos de fixação e contatos externos dos soquetes, caso as lâmpadas ainda não fiquem iluminadas		•
5.3	Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do sistema de iluminação	•	
5.4	Trocar os reatores quando se fizerem necessários		•

5.5	Medir o nível de iluminação		•	
5.6	Efetuar limpeza das luminárias e lâmpadas			•
5.7	Testar a carga das baterias de emergência	•		
5.8	Testar o funcionamento das lâmpadas de emergência	•		
6	BARRAMENTOS			
6.1	Controlar a amperagem nas diversas secções do barramento, corrigindo sobrecargas e desbalanços de corrente	•		
6.2	Controlar as tensões, terminais, corrigindo eventuais quedas de tensão	•		
6.3	Limpar contatos		•	
6.4	Inspecionar cobres, sobreaquecimentos de contatos e vibrações			•
6.5	Medir nível de isolamento			•
6.6	Limpar a blindagem dos barramentos com sopro de ar comprimido			•
6.7	Verificar e corrigir aterramento			•
6.8	Combater corrosão e retocar pintura		•	

7	TOMADAS			
7.1	Reapertar carcaças e tomadas na tubulação do piso/divisórias/paredes			•
8	SISTEMA DE ATERRAMENTO			
8.1	Verificar a malha de aterramento e suas condições normais de uso, conexões, malha de cobre nu, etc.		•	
8.2	Verificar a resistência ôhmica que não poderá superar 10(dez) Ohms, adotando as medidas de correção, quando necessário		•	
8.3	Reapertar os bornes que ligam as hastes aos cabos		•	
9	INSPEÇÃO TERMOGRÁFICA			
9.1	Subestação			•
9.2	Quadro Geral de Força			•
9.3	Barramentos			•
9.4	Quadros de Distribuição de Luz e Força			•
9.5	Quadros de Comando (Geradores, Bombas, etc.)			•
9.6	Quadros dos circuitos de tomada e iluminação dos pavimentos			•

9.7	Quadros de circuitos de energia estabilizada e nobreak.			•
10	SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSTÉRICAS			
10.1	Verificar estado geral do captor		•	
10.2	Verificar condutividade entre captor e haste		•	
10.3	Verificar isoladores castanha quanto a tricas ou rachaduras, substituindo se necessário		•	
10.4	Verificar conexão de aterramento		•	
10.5	Verificar oxidação de partas metálicas, estruturas e ligações		•	
10.6	Apertar fixações e verificar terminais			•
10.7	Verificar ligação para terra			•
10.8	Limpar cuidadosamente o conjunto			•
11	NO-BREAKS			
11.1	Vistoria geral por unidade		•	
11.2	Vistoria nas conexões elétricas, barramentos, etc.		•	

11.3	Reaperto geral das conexões mecânicas da unidade	•
11.4	Limpeza geral do equipamento	•
11.5	Verificação do bom estado dos ventiladores, disjuntores e demais peças mecânicas etc. (ruídos e vibrações)	•
11.6	Níveis referenciais de tensão	•
11.7	Registar a corrente de flutuação (A)	•
11.8	Atuação das proteções de alarmes	•
11.9	Bom funcionamento de sinalização e painel	•
11.10	Níveis de tensão do barramento C.C.	•
11.11	Verificar se o UPS está em fase com a rede	•
11.12	Recarga das baterias se detectada sua necessidade	•
11.13	Ajuste das partes eletrônicas	•
11.14	Ajuste de disparo dos tiristores	•
11.15	Efetuar ajuste do NO-Break, com e sem carga	•

11.16	Teste de supervisão de defeitos do retificador	•	
11.17	Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária	•	
11.18	Verificar chave estática		•
11.19	Verificar disjuntores, contadores, fusíveis e componentes		•
11.20	Efetuar limpeza dos componentes		•
11.21	Verificar fixação dos componentes internos		•
11.22	Reapertar todas as conexões e barramentos		•
11.23	Efetuar simulação de falta de energia, sem carga		•
11.24	Efetuar simulação de falta de energia, com carga		•
11.25	Efetuar teste da chave by-pass, automático (Chave Estática)		•
11.26	Efetuar teste da chave by-pass manual		•
11.27	Testar transferências entre inversor e chave estática		•
11.28	Verificar o sincronismo interno do inversor		•

11.29	Verificar as condições do barramento do shunt		•
11.30	No religamento da unidade, observar o procedimento indicado pelo fabricante		•
11.31	Avaliar necessidade de atualização dos softwares		•
11.32	Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária		•
12	BANCO DE BATERIAS DOS NO- BREAKS		
12.1	Inspecionar conexões (aperto, graxa, etc), se necessário substituir	•	
12.2	Leitura da tensão total da bateria	•	
12.3	Efetuar nova leitura da tensão total das baterias	•	
12.4	Limpeza geral dos elementos	•	
12.5	Verificar recipiente	•	
12.6	Verificar conectores e buchas	•	
12.7	Verificar válvulas de segurança	•	
12.8	Verificar fixação de estantes	•	
12.9	Verificar polo	•	

12.10	Verificar torque das interligações	•	
12.11	Verificar condição física	•	
12.12	Realizar medições de tensão e densidade do ambiente	•	
12.13	Reaperto dos terminais da bateria	•	
12.14	Medir corrente de descarga das baterias a plena carga		•
12.15	Medir tempo de descarga das baterias a plena carga		•
12.16	Emissão de relatório.		•
13	SUBESTAÇÕES		
13.1	Disjuntores Alta Tensão		•
13.2	Retirar disjuntor do cubículo		•
13.3	Limpar cubículo		•
13.4	Verificar dispositivo de extração		•
13.5	Verificar molas de abertura e fechadura		•
13.6	Limpar todo o conjunto		•
13.7	Lubrificar dispositivo mecânico		•
13.8	Na posição de teste, acionar fechamento e abertura		•

13.9	Reapertar conexões elétricas do plug dos contatos auxiliares		•
13.10	Fazer teste de isolação (entre fases e fase-terra)		•
13.11	Verificar nível de óleo de eliminação de arco		•
13.12	Testar disparo de emergência		•
13.13	Calibrar reles de proteção (curto-circuito e sobrecarga)		•
13.14	Testar simultaneidade dos contatos		•
13.15	Avaliar estado do óleo isolante do disjuntor		•
13.16	Medir resistência elétrica dos contatos		•
13.17	Conferir pressão dos contatos		•
13.18	Chave Seccionadora Alta Tensão		•
13.19	Verificar atuação de reles auxiliares	•	
13.20	Conferir estados dos chifres		•
13.21	Reapertar conexões elétricas do plug dos contatos auxiliares		•
13.22	Conferir estado dos abafadores de arco		•

13.23	Conferir estado das buchas de alta tensão	•
13.24	Lubrificar mecanismo de atuação	•
13.25	Limpar cubículo	•
13.26	Verificar fusíveis	•
13.27	Verificar atuação dos disparadores automáticos	•
13.28	Teste de isolação elétrica com megometro (entre fase e fase terra)	•
13.29	Limpar contatos elétricos	•
13.30	Conferir contatos auxiliares	•
13.31	Conferir simultaneidade dos contatos	•
13.32	Medir resistência do contato	•
13.33	Desmontar abafadores de arco para verificação e limpeza	•
13.34	Transformadores a seco	•
13.35	Conferir atuação da sinalização de sobretemperatura	•
13.36	Conferir atuação da proteção contra sobretemperatura	•

13.37	Verificar atuação dos reles auxiliares	•
13.38	Limpeza do cubículo	•
13.39	Limpeza do transformador	•
13.40	Reaperto do barramento de entrada e saída	•
13.41	Conferir ligações do elemento sensor de temperatura do enrolamento elétrico	•
13.42	Conferir ventilação forçada (caso exista)	•
13.43	Conferir reaperto dos cabos elétricos no barramento	•
13.44	Teste de isolação elétrica com megger (entre fase e fase terra)	•
13.45	Corrigir corrosão nos cubículos	•
13.46	Medir resistência homica do enrolamento elétrico	•

12.3.5.4 Manutenção de Equipamentos, Mobiliários e Veículos

Assim como utilizado na manutenção predial, para os equipamentos, computadores, móveis, veículos também poderá ser utilizado o sistema eletrônico de abertura e o acompanhamento das Ordens de Serviço. Os procedimentos de manutenção visam aumentar o tempo de vida útil, diminuir custos e potencializar a eficiência dos serviços prestados para os pacientes, visitantes e profissionais, evitando a paralisação destes por falhas.

Para um efetivo funcionamento do sistema, o preenchimento das Ordens de Serviço deve ser cuidadosamente monitorado pelo responsável pelo grupo, evitando atrasos e ineficiência da gestão da manutenção dos equipamentos por falhas evitáveis.

O recebimento de novos móveis, equipamentos e veículos que chegarem à unidade envolverá sua avaliação; aceitação e instalação. A abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, preferencialmente será feita na presença do fornecedor ou assistência ou técnico por ele designado, evitando problemas por eventuais danos durante o transporte ou por falta de componentes que deveriam estar incluídos na embalagem.

Quanto aos equipamentos e mobiliários já disponíveis na unidade deverá ser feito um detalhado inventário por uma comissão integrada com representantes da contratante e do INSTITUTO CEM. Após, serão identificados os bens que serão necessários na execução da presente proposta e os que serão devolvidos a contratante.

Sobre o acompanhamento e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares deverão ter sua gestão realizada pelo setor de Engenharia Clínica, conforme manuais técnicos, normas e orientações relativas a particularidade de cada equipamento.

12.3.5.5 Serviço de Conservação, Higienização e Desinfecção Hospitalar

O Serviço de conservação higienização e desinfecção hospitalar contemplará todas as atividades de limpeza, higienização e conforto na unidade, desde a chegada do paciente, até sua saída. É aplicável a todos os setores, pois envolve direta e indiretamente o receber, cuidar, assistir e outras ações igualmente importantes. Este serviço irá gerenciar o processamento e administração da higienização e limpeza, lavanderia e rouparia, controle de vetores (dedetização), jardinagem, armazenamento e destinação dos resíduos, ainda que estes sejam serviços terceirizados, pois a segurança das pessoas também depende de tais atividades.

A gestão desses serviços será realizada sob constante monitoramento da segurança dos profissionais, com especial atenção sobre os registros necessários ao serviço especializado em segurança e medicina do trabalho – SESMT (PPRA, CMSO, contratos de trabalho, carteiras de vacinação, treinamento e uso de EPIs, validade dos equipamentos de segurança, fichas técnicas dos produtos, ferramentas/utensílios apropriados, e outros).

A limpeza, higienização e a desinfecção são elementos que devem promover a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e visitantes, contribuindo também para o controle das pragas e vetores e infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

Assim, os serviços de limpeza, higienização e desinfecção serão executados nas áreas internas e áreas externas, obedecendo às técnicas e equipamentos apropriados e dos produtos químicos a serem utilizados, bem como na definição dos Procedimentos Operacionais Padrão - POPs.

Serão fornecidos todos os insumos e saneantes necessários para a limpeza e desinfecção (material de limpeza em geral, papel higiênico, papel toalha, álcool gel e sabonete em sachê, sacos plásticos para lixo infectante, lixo comum, lixo químico, sacos com cores específicas para a coleta de resíduos que serão definidos conforme definição do PGRS).

Dentre os indicadores do serviço de higienização e limpeza deverão ser monitorados:

Tempo médio de execução das limpezas; Percentual de limpeza programada não realizada;

Índice de retrabalho de limpeza concorrente; Peso/volume de resíduos produzidos por ala/setor.

O controle de vetores/pragas e de micro-organismos deverá ser realizado por empresas terceirizadas e especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA. Assim, a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS contratará empresa especializada, licenciada pelos órgãos competentes, que apresente responsável técnico devidamente habilitado para o exercício das funções relativas às atividades pertinentes ao controle de vetores e pragas urbanas, devendo apresentar o registro deste profissional junto ao respectivo conselho.

A POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS irá monitorar o serviço buscando garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde dos pacientes, profissionais e do aplicador dos produtos saneantes desinfetantes. Todas as intervenções serão registradas fotograficamente e a empresa contratada deverá apresentar laudo referente aos serviços executados. A gestão da unidade também deverá articular com vizinhos, comerciantes, poder público local e outros, ações que visem eliminar focos de pragas que impactem dentro e fora da unidade, pois todos sabem que tais vetores não se restringem aos limites das propriedades.

A responsabilidade pelo abrigo temporário e a destinação final de resíduos é dos seus geradores; portanto, o licenciamento ambiental da unidade estará sujeito ao cumprimento das normas vigentes. Desta forma, a gestão da unidade irá elaborar e seguir o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS (detalhamento constante nesta Proposta Técnica), através do qual os responsáveis deverão acompanhar todo o processo envolvendo os resíduos; garantindo-se a sua rastreabilidade.

Os abrigos serão mantidos de acordo com as normas sanitárias e a destinação final dos resíduos deverá ser acompanhada (reciclagem, aterro, incineração) e, dentre os registros necessários, deverá ser monitorado: Peso/volume de resíduos produzidos de acordo com seu grupo; Peso/volume de resíduos encaminhados para outras coletas seletivas (pilhas, baterias, lâmpadas, papelão) e laudos de tratamento dos resíduos produzidos, conforme o caso.

Os serviços de jardinagem incluirão a poda, irrigação, combate a pragas e a ervas daninhas. Este serviço será executado de forma não interferir na arquitetura do edifício, oferecendo um ambiente de descompressão aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais da Unidade.

12.3.6 Manual de Rotinas para Administração Financeira

A gestão contábil financeira da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE 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 tesouraria que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

Fluxo de Caixa: Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;

Aplicação de Recursos Financeiros: Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;

Controle de estoque: É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela área administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área gestão financeira/contábil;

Apuração de resultados: Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;

Gestão patrimonial: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;

Gestão orçamentária: Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Abaixo apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira que poderia ser aplicado para a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade:

CONTABILIDADE

OBJETIVO

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do INSTITUTO CEM.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do INSTITUTO CEM será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

-
-
-
-

PROCEDIMENTOS

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências do INSTITUTO CEM e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis do INSTITUTO CEM e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Diretor Executivo e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

-
-
-

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS

As operações econômicas e financeiras do INSTITUTO CEM serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

-
-

-
-
-
-

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

-
-
-
-
-
-

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANO DE CONTAS

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do INSTITUTO CEM, observadas a legislação aplicável e as características específicas do INSTITUTO CEM.
Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos do INSTITUTO CEM, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;

- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do INSTITUTO CEM, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

a. Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;

b. Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao INSTITUTO CEM em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;

c. Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

d. Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para ao INSTITUTO CEM, 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 INSTITUTO CEM, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

FINANCEIRO

OBJETIVO

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito do INSTITUTO CEM.

PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos do INSTITUTO CEM.
Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigente, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.
Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

a. Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;

b. Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;

c. Rescindir ou suspender contratos de serviços assessórios;

d. Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;

e. Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.
Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das previdências necessárias ao controle financeiro.
O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.
Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (emprenhado) para o exercício futuro.

FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.
Poderá haver o depósito em conta corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade do INSTITUTO CEM como comprovante do pagamento.
No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;

- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;

- IRPF – Tabela Progressiva;

- ISS – Regras definidas por cada município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).
Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.
Quesitos para a execução da Despesa:

- Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la

- Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio

- Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município

- Competência – a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Fudação, para pagamento de despesas de pronto pagamento.
Os valores concedidos ao funcionário responsável e os seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Geral. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove
tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do INSTITUTO CEM para o contrato de gestão específico.

INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira do INSTITUTO CEM.

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros
- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit

CUSTOS

OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.
No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, ccoordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

TERMINOLOGIA

- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;
- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;
- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;
- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

12.3.7 Quadro De Pessoal Administração Geral da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

O Dimensionamento e Planejamento do Quadro de Pessoal é realizado com base no escopo, planejamento estratégico da Instituição. e Legislação vigente, que recomendações de Conselhos de Classe e Legislação específica.

Nas áreas assistenciais este estudo é complementado com histórico das patologias, faixa etária atendida, gravidade e complexidade dos pacientes, -sazonalidade de pacientes, análises internas como por exemplo, dados do sistema de enfermagem, avaliação de queixas/elogios, benchmark externo e nível de serviço. Nas áreas não assistenciais, ou seja, administrativa e apoio, o estudo do dimensionamento se dá por meio do mapeamento das atividades e processos pertinentes a cada área com nível de serviço desejado.

O Dimensionamento de Enfermagem atende ao preconizado pela Resolução n o 293/2004 que estabelece os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde.

A planilha com composição quantitativa e valores esta contemplada no item Proposta Financeira deste projeto.

12.3.7.1 DIRETORIA / GERÊNCIA E SUPERVISÃO

DIRETORIA	Quantidade profissional	Horas trabalhadas	regime contratação
Diretor Geral	1	40	PJ
Diretor Financeiro	1	40	PJ
• Gerência de Planejamento, Orçamento e Custos	1	40	PJ
• Supervisão Contábil e Financeira	1	40	PJ
• Supervisão de Faturamento e Prontuário	1	40	PJ
• Supervisão de Orçamento e Custos	1	40	PJ
Gerência de Planejamento,	1	40	PJ

Orçamento e Custos			
Diretor Administrativo	1	40	PJ
Gerencia de Recursos Humanos	1	40	PJ
• Supervisão de Formalização de Pessoal	1	40	PJ
Gerência de Operações	1	40	PJ
• Supervisão Administrativa (plantão)	1	40	PJ
• Supervisão de Nutrição e Dietética	1	40	PJ
• Supervisão de Recepção e Telefonia	1	40	PJ
• Supervisão de Tecnologia da Informação	1	40	PJ
• Supervisão de Governança em Higienização	1	40	PJ
• Coordenação Administrativa	1	40	PJ
• Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio	1	40	PJ
• Supervisão de Farmácia	1	40	PJ
• Supervisão de Vigilância e Transporte	1	40	PJ
• Supervisão de Manutenção	1	40	PJ
Gerência de Qualidade	1	40	PJ

• Supervisão de Excelência Operacional			
Diretoria Técnica			
• Supervisão de Análises Clínicas	1	40	PJ
• Supervisão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	1	40	PJ
Gerência de Atendimento ao Paciente	1	40	PJ
Gerência de Enfermagem	1	40	PJ
• Supervisão de Procedimento Cirúrgico e CME	1	40	PJ
• Supervisão de Enfermagem - Urgência e Emergência	1	40	PJ
• Supervisão de Enfermagem - Ambulatório, Diagnóstico e Hemodinâmica	1	40	PJ
• Supervisão de Enfermagem - UTI Adulto, Pediatrico e Neonatal	1	40	PJ
• Coordenação de Enfermagem - Assistência à Internação	1	40	PJ
Gerência de Atendimento Clínico	1	40	PJ
• Supervisão Ambulatorial	1	40	PJ

• Supervisão Urgência e Emergência	1	40	PJ
• Supervisão UTI Adulto, Pediatrico, Neonatal	1	40	PJ
• Supervisão Centro Cirurgico	1	40	PJ
• Supervisão Hospital Dia	1	40	PJ
• Supervisão Oncologia	1	40	PJ
• Supervisão Maternidade	1	40	PJ
• Supervisão Saúde Mental	1	40	PJ
• Supervisão SADT Interno e Externo	1	40	PJ
Gerência Multiprofissional	1	40	PJ
• Supervisão Multiprofissional	1	40	PJ
• de Reabilitação	1	40	PJ
• Supervisão de Enfermagem	1	40	PJ
• Supervisão de Farmácia Ambulatorial	1	40	PJ
• Supervião de Fonoaudiologia	1	40	PJ
• Supervisão de Fisioterapia	1	40	PJ
• Supervisão de Nutrição	1	40	PJ
• Supervisão de Psicologia	1	40	PJ
• Supervisão de Serviço Social	1	40	PJ

• Supervisão de Terapia Ocupacional	1	40	PJ

Cargo	Quantidade profissional	Horas trabalhadas	regime contratação
ENFERMAGEM			
Enfermeiro RT	1	40	CLT
Enfermeiro CCIH auditor	1	40	CLT
Enfermeiros Diurnos 12 x 36	136	12 x 36	CLT
Enfermeiros Notunos 12 x 36	94	12 x 36	CLT
Gerente de enfermagem	1	40	CLT
Coordenação	12	40	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno 12 x 36	350	12 x 36	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno 12 x 36	280	12 x 36	CLT
Médico	1	20	CLT
Maqueiro	50	12 x 36	CLT
Tec.Imobilização Ortopedica Noturno	4	20	CLT
LABORATÓRIO			
Biomédico RT	1	20	CLT
Biomédico Diurno	6	20	CLT
Biomédico Noturno	6	20	CLT
Tec.Laboratorio diurno	3	20	CLT
Tec.Laboratorio - agencia Transfusional	1	20	CLT
Líder de RH	1	44	CLT
Assitente RH	6	44	CLT
Almoxarife	10	40	CLT
Aux. Compras	8	40	CLT

Farmaceutica RT	1	40	CLT
Farmaceutico Clínico	12	30	CLT
Assistente Farmacia Diuirno	5	40	CLT
Assistente Farmacia Noturno	4	40	CLT
ADMINISTRAÇÃO			
Administrador	4	44	CLT
Analista de contratos	1	44	CLT
Assistente de custos	3	44	CLT
Gerentes Administrativos	6	44	CLT
Assistente Administrativoll diarista	53	44	CLT
Assistente Administrativoll noturno	10	44	CLT
Assistente de faturamento	13	44	CLT
Analista de qualidade	2	44	CLT
Tec. Seg. Trabalho	5	44	CLT
Motorista - Diurno 12x36	4	40	CLT
Motorista - Noturno 12x36	3	40	CLT
MULTIDISCIPLINAR			
Assistente Social	10	30	CLT
Psicologo	10	30	CLT
Fonoaudiologo	10	30	CLT
Terapia ocupacional	8	30	CLT
Nutricionista	16	30	CLT
Fisioterapeuta matutino - semanal	22	30	CLT
Fisioterapeuta vespertino - semanal	20	30	CLT

12.3.8 Manual de Rotinas Administrativas para a Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio.

O INSTITUTO CEM propõe a utilização uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrita abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de

consumo, institucionalizada pelo INSTITUTO CEM e passível de Aplicação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , conforme:

12.3.8.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do INSTITUTO CEM obedecerão ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:

- Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do INSTITUTO CEM, inclusive bens de consumo;
- Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor integra o patrimônio do INSTITUTO CEM;
- Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do INSTITUTO CEM ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito do INSTITUTO CEM compreende os seguintes tipos:

- Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;
- Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;
- Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;
- Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;
- Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pelo Setor de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuados somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

§1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Supervisão de Material e Patrimônio serão efetuados diretamente ao Diretor Administrativo, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Diretoria Administrativa, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Supervisão de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos profissionais ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para tanto, critérios adequados à sua quantificação que serão definidos pela Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.11º. Ficam estabelecidas as fórmulas a serem utilizados pela Supervisão de Material e Patrimônio para a reposição do estoque.

DO RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

Art.12. Recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue à Supervisão de Material e Patrimônio, em local previamente designado, devendo este ser recebido em conjunto com o representante do setor solicitante caso não esteja no catálogo de materiais ou se a sua natureza assim o exigir.

§ 1º.O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à Supervisão de Material e Patrimônio;

§2º. Deve ocorrer preferencialmente no almoxarifado da Supervisão de Material e Patrimônio, salvo quando não possa ou não deva ali ser estocado, caso em que se fará nos locais designados;

§ 3º. Qualquer que seja o local de recebimento, os registros de entrada serão realizados na Supervisão de Material e Patrimônio, quando se tratar de material permanente, bem como quando se tratar de material de consumo.

Art.13. Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do INSTITUTO CEM, cuja cópia será arquivada na Supervisão de Material e Patrimônio para os devidos registros.

Parágrafo Único – Considera-se documento hábil para os fins deste artigo os seguintes documentos:

- Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

Art.14. As Notas Fiscais de materiais deverão ser entregues diretamente na Supervisão de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Diretoria Administrativa ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Supervisão de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do INSTITUTO CEM.

§1º.O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º.A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Supervisão de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Art.18. Quando das aquisições de material para construção e reforma os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Supervisão de Material e Patrimônio

aos Diretores ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido.

Art.19. As Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo supervisor de material e patrimônio/ responsável do acompanhamento da obra.

Art.20. Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao Diretor Administrativo.

Art.21. Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/ inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

Art.22.A Supervisão de Material e Patrimônio manterá controle sobre os materiais a receber, sendo responsável pela entrega ao fornecedor do(s) comprovante(s) de entrega, devendo, também, acompanhar os prazos de entrega, comunicando ao Setor de Contratos e Licitações os eventuais atrasos ou descumprimento do prazo de entrega.

Art.23.O sistema de controle de materiais, se possível, deverá permitir o recebimento provisório e definitivo, além de registrar as solicitações não atendidas – demanda reprimida.

Art.24.A Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser comunicada formalmente da aquisição de qualquer material, ainda que não transite fisicamente pela mesma, a fim de que possa efetivar as anotações e os registros necessários em seu sistema.

DO CONTROLE PATRIMONIAL

Art.25. A Supervisão de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio do INSTITUTO CEM, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- registrar e informar a localização dos bens;
- registrar os agentes responsáveis;
- emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- controlar a movimentação de material;
- identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Supervisão de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do INSTITUTO CEM, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- número de tombamento;
- descrição do material;
- modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- valor de aquisição;
- data de aquisição e número de autos;
- número do documento fiscal;
- estado de conservação do material;
- outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.

Art.28. Toda manutenção e reparo realizados nos materiais permanentes do INSTITUTO CEM deverá ser comunicado formalmente à Supervisão de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

Art.29. O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/ plaquetas. Parágrafo Único – No caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora.

Art.30. Os bens que não transitarem na Supervisão de Material e Patrimônio serão tombados, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Art.31. A movimentação de bens dentro do INSTITUTO CEM, bem como a saída de material permanente da instituição é de responsabilidade única e exclusiva da Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.32. A Supervisão de Pessoal, sempre que ocorrerem mudanças do agente responsável pelos bens, por qualquer que seja o motivo, deverá comunicar a Supervisão de Material e Patrimônio para atualização do Termo de Responsabilidade.

§ 1º- A Gerência de Pessoal informará à Supervisão de Material e Patrimônio todos os atos relacionados à dispensa, exoneração, nomeação, designação e afastamentos de membros e profissionais no prazo máximo de dez dias da assinatura do respectivo ato administrativo;

§ 2º -O mesmo procedimento deverá ser adotado pela Supervisão de Tecnologia da Informação quando houver troca de equipamentos de informática por aquela Supervisão.

Art.33. Compete ao Diretor Executivo, por meio de processo administrativo próprio, autorizar a baixa de bens do patrimônio, nos seguintes casos:

- furto;
- extravio;
- dano irrecuperável que impossibilite sua utilização ou alienação;
- cessão;
- alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o Diretor Executivo determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar O INSTITUTO CEM e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Supervisão de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Supervisão de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Supervisão de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Supervisão de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal, profissionais a serem cadastrados pela Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Supervisão de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Diretoria Administrativa-Financeira.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

- quantidade existente;
- análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;
- prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;
- vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Diretoria Administrativa;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuírem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Supervisão de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Supervisão de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Supervisão de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do INSTITUTO CEM, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- venda;
- permuta;
- doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada está nos seguintes casos:

- permuta, permitida exclusivamente entre unidades do INSTITUTO CEM;
- doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do INSTITUTO CEM, em virtude de suas finalidades.

Art.45. A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do INSTITUTO CEM, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins.

Parágrafo Único – A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

Art.46. A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Art.47. Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

DA CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS BENS PATRIMONIAIS

Art.48.Os materiais inservíveis classificam-se em:

- ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso:
- recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;
- irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Art.49. Para fins do artigo anterior serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais do INSTITUTO CEM, emitindo relatório de tudo para a Diretoria Administrativa, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria do INSTITUTO CEM.

§ 1º Pelo menos um membro da Comissão Especial de Avaliação deverá ter qualificação compatível com o bem avaliado.

§ 2º Os integrantes da Comissão Especial de Avaliação desempenharão suas funções sem prejuízo das atribuições habituais.

Art.50.O bem considerado anti-econômico ou irrecuperável poderá ser cedido a outras entidades administrativas ou obrigatoriamente alienado no menor tempo possível.

Art.51. Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação de bens classificados como irrecuperáveis, o Diretor Executivo, após ouvir a Diretoria Administrativa/Comissão Especial de Avaliação, determinará sua descarga patrimonial e sua inutilização ou abandono, após a retirada das partes economicamente aproveitáveis, caso existam, que serão novamente incorporados ao patrimônio.

Art.52. A inutilização consiste na destruição total ou parcial do bem ou que implique em ameaça à saúde das pessoas ou risco de prejuízos ecológicos ou inconvenientes de qualquer natureza para a Instituição, sendo feita, sempre que necessário, mediante audiência dos setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Parágrafo Único A inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

Art.53. São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- a sua natureza tóxica ou venenosa;
- a sua contaminação por radioatividade;
- o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Art.54. Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- verificar a existência física dos bens e materiais;
- informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito do INSTITUTO CEM, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

- ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;
- TRIMESTRAL;
- EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos Diretores Executivo, Administrativo ou pela própria Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo Diretor Executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os § 1º e 2º do art.63, deste ato.

Art.61. A Supervisão de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

- ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;
- POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.
- INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do INSTITUTO CEM, para identificação e registro de bens.

Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterá também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do INSTITUTO CEM.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§2º. O inventário físico anual será encaminhado ao Setor de Contabilidade, o qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do INSTITUTO CEM.

DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS

Art.64. Todos os profissionais são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes nesta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os profissionais serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.

Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do profissional ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Supervisão de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo o INSTITUTO CEM, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o profissional responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço O INSTITUTO CEM deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

- profissional responsável: o funcionário que se responsabiliza perante o INSTITUTO CEM, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;
- autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69.O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito O INSTITUTO CEM aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro O INSTITUTO CEM na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Supervisão de Material e Patrimônio.

Art.73.Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria do INSTITUTO CEM.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no órgão oficial de imprensa do Município de GOIÁS-GO, revogando-se as disposições em contrário.

Fórmulas para renovação e reposição de estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverão ocorrer em função da aplicação das fórmulas e disposições elencadas a seguir.

- Os fatores de requerimento são definidos:
- Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;
- Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);
- Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;
- Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para um certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa do INSTITUTO CEM. Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;
- Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsoletismo, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

- As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:
    a. Consumo Médio Mensal. C= Consumo Anual/12
    b. Estoque Mínimo. Em =C x f
    c. Estoque Máximo. EM =Em + C x I
    d. Ponto de Partida. Pp =Em + C x T
    e. Quantidade a Ressuprir. Q =C x I
- Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

12.3.8.2 Normas de segurança para armazenagem do material no Almoxarifado

Os princípios básicos para a organização do almoxarifado são os seguintes:

- um lugar para cada material e cada material em seu lugar;
- maximização da utilização do espaço; e
- garantia do maior nível de segurança.

O almoxarifado deverá observar as seguintes normas:

- quanto ao armazenamento:
    a. os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
    b. os materiais não devem ser armazenados em contato direto como piso;
    c. as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
    d. os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
    e. os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
    f. os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
    g. os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
    h. os materiais mais solicitados próximos à área de expedição; e
    i. a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.
- As fórmulas aplicáveis à supervisão de Estoque são:
    a. Consumo Médio Mensal. C= Consumo Anual/12
    b. Estoque Mínimo. Em =C x f
    c. Estoque Máximo. EM =Em + C x I
    d. Ponto de Partida. Pp =Em + C x T
    e. Quantidade a Ressuprir. Q =C x I
- Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.
- quanto à segurança:
    a. existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
    b. portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
    c. proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
    d. portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
    e. existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
    f. instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;

g. proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
h. arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
i. colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
j. proteção contra insetos e roedores; e
k. reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

- quanto à movimentação:
  a. existência de meios de locomoção seguros para os materiais. Deve-se evitar a utilização de empregados de firmas prestadoras de serviço nos trabalhos específicos da Supervisão de Material e Patrimônio.

Além da Política descrita acima, também são adotados diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP s), bem como fluxos que poderão nortear a cadeia de suprimentos dentro da unidade, conforme exemplos relacionados abaixo, que poderão ser adequados conforme a realidade de da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Armazenamento Dos Materiais

As áreas de armazenamento deverão ser identificadas de acordo com os grupos de materiais e subgrupos e atendendo a legislação vigente e recomendações do fabricante. Os materiais dos subgrupos serão armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número do lote e prazo de validade, o material com data de validade a vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

- Para armazenar os medicamentos alguns critérios deverão ser obedecidos:
- Armazenar os medicamentos por subgrupos, forma farmacêutica e ordem alfabética.
- Armazenar os medicamentos pelo princípio ativo (sal) em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita
- Armazenar os medicamentos por prazo de validade
- Observar o empilhamento máximo permitido para os medicamentos, de acordo com a legislação vigente e recomendações do fabricante
- Observar a temperatura ideal em que o medicamento deve ser armazenado
- As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada, em seguida, a caixa deve ser lacrada.

ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS MÉDICOS – CIRÚRGICOS

- Para armazenar os materiais médicos – cirúrgicos, os seguintes critérios deverão ser obedecidos:
- Armazenar os materiais por subgrupos. Ex: adesivos, coletores etc.
- Armazenar os materiais em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita
- Armazenar os materiais por prazo de validade
- Observar o empilhamento máximo permitido para os materiais (ver recomendações do fabricante)

- Observar a temperatura ideal em que os materiais devem ser armazenados
- As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada, em seguida, a caixa deve ser lacrada.

Dispensação:

Consiste na distribuição de materiais e medicamentos às unidades da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , mediante requisição apropriada. Após a dispensação dos materiais e/ou medicamentos o sistema deverá ser atualizado de imediato.

12.3.9 Descrição de funcionamento da unidade de faturamento, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com o Hospital.

12.3.9.1 Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos

A princípio em uma primeira análise, pode parecer que somente se aplica a iniciativa privada, porém, o setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto decisivo para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição.

Dessa forma, mesmo em unidades públicas, a busca pela eficácia e precisão em seu faturamento propicia 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 nossa proposta de trabalho para a unidade de faturamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , 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 da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , este deve receber na sua totalidade, somente pacientes regulados. Uma das ações que o INSTITUTO CEM apresenta como projeto de trabalho para a melhoria do faturamento visa gradativamente uma informatização plena de todo o hospital, ligada de forma direta com o sistema regulatório estadual e municipal. Isso evitará a realização de consultas ou procedimentos sem o chamado "vale-exame" 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 Físico-Orçamentária - FPO e a atualização constante do CNES (profissionais, estrutura física e equipamentos) também será essencial na busca da melhoria do desempenho das contas hospitalares.

Outra estratégia é buscar as contratualizações específicas que objetivam reduzir as filas de espera por cirurgias e ao mesmo tempo, repercutem no aumento de receita para as unidades de saúde. A gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS também analisará com o corpo clínico a média de permanência dos pacientes e eventuais excedentes de diárias para evitar glosas e/ou rejeições de AIHs.

É importante lembrarmos que a INSTITUTO CEM, em sua proposta de trabalho, irá conduzir o faturamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS 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

Dentre os instrumentos necessários ao gerenciamento 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 – OMS 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 sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com a evolução do sus para uma gestão cada vez mais descentralizada, o ministério da saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao

desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo ministério da saúde em todo o país em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde). Para se adequar à estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998. Sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n ° 18/1999 e SAS/MS n ° 35/1999. Nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial 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.

Além disso, subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do sia. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação.

Em cada uma das etapas descritas pelo Ministério da Saúde, nossa proposta de trabalho para a Unidade irá ser acompanhada para que não haja perda de informações, fato que não é incomum hoje, sobretudo pelo ponto de vista estatístico e epidemiológico.

O Ministério da Saúde (MS) implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990. Desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços. Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais. Desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no MS, mais especificamente, no departamento de informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no sus. Com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) do sus a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, opme's do SUS (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

- Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.
- Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.
- Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.
- Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, órteses e materiais médicos especiais do SUS.
- Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.
- Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.
- Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.
- Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Já para procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela Central de Regulação / Complexos Reguladores.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico ou cirurgião-dentista que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE FATURAMENTO

O faturista hospitalar realiza atividades de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas da empresa. Dentre as suas atividades estão:

- Organizar, conferir e preservar prontuários
- 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 REGIONAL - UNIDADE GOIÁS
- Registrar dados relacionados ao padrão TISS

Por isso, a equipe de faturamento está envolvida em praticamente todos os setores da empresa.

A equipe deve estar ciente dos gastos gerados pela equipe médica. Custos comerciais, administrativos, tributários e financeiros também.

Com base nisso, a equipe cruza essa montante com a receita líquida e, a partir disso, identifica gargalos e oportunidades.

Em se tratando da jornada do paciente, o faturista atua através do seu prontuário, onde é registrado desde a entrada do paciente, o período de internação, exames e medicamentos utilizados, além dos custos gerados para o centro cirúrgico, até a sua alta.

O controle desse processo é essencial para que nenhum item seja glosado, isto é, não cobrado.

O prontuário eletrônico e outras soluções de automação, auxiliam na rotina das gestões hospitalares.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA ÁREA/SERVIÇO

24 horas por 7 dias na semana em dois turnos de 12hx 36 horas, com 40 horas semanais

EQUIPE MÍNIMA

O Serviço de faturamento integrará o corpo de profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS com uma equipe formada por 3 (tres) profissionais, sendo de 2ª. A 6ª. Feira , 8 horas por dia.

12.4Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica.

12.4.1 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações

CAPÍTULO IDA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo INSTITUTO CEM , com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade hospitalar, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM , bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se aquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se aquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se aquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃO, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquals que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cuo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1º Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2º O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

§ 3º Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelO INSTITUTO CEM , com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/constratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente collocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM , ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulamento.

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM , independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM , são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM .Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelO INSTITUTO CEM , bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM , reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis. § 1º Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas a", b" e c" do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo O INSTITUTO CEM , anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de ate 24 (vinte e quatro) meses, podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá

ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

12.4.2 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.

12.4.2.1 Considerações Gerais

- A Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde.
- O processo baseia-se em critérios científicos e econômicos, e fornece elementos necessários ao uso racional de medicamentos.

12.4.2.2 Objetivos da Padronização de Medicamentos e materiais hospitalares:

- Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em correta avaliação, seleção e emprego terapêutico na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e a nível ambulatorial.
- Promover a atualização e reciclagem em temas relacionados à terapêutica médica.
- Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes.

12.4.2.3 Importância da Padronização de Medicamentos:

- Pelo fato de existir um número muito grande de produtos similares e do lançamento de novos produtos - muito dos quais não apresentam vantagens em relação aos já existentes no mercado, a padronização proporciona ao sistema de saúde benefícios econômicos, administrativos e terapêuticos.

12.4.2.4 Vantagens em ter uma Padronização de Medicamentos:

- Benefício terapêutico;
- Disciplina o receituário médico - uniformização da terapêutica e obediência ao protocolo;
- Aumenta a qualidade da farmacoterapia;
- Facilita a farmacovigilância;
- Melhora a qualidade da utilização, administração, informação e controle de medicamentos;
- Reduz o custo da terapêutica sem prejuízos para segurança e efetividade do medicamento;
- Otimiza o ciclo logístico (planejamento, aquisição, armazenamento e dispensação);
- Racionaliza o número de medicamentos, como consequência, redução dos custos com aquisição.

12.4.2.5 Critérios A Serem Considerados Para A Adequada Padronização De Medicamentos

Considerar as necessidades epidemiológicas da população atendida;

- Incluir medicamentos de comprovada eficácia, baseando-se em ensaios clínicos controlados que demonstrem efeito benéfico à espécie humana;
- Eleger, dentre os medicamentos de mesma indicação e eficácia, aquele de menor toxicidade relativa, menor custo de tratamento e maior comodidade posológica;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente ou que possua característica farmacológica que represente vantagem no uso terapêutico;
- Evitar a inclusão de associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificarem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior que a soma dos efeitos dos produtos individuais;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação a faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, verificando a ecologia hospitalar quanto aos microorganismos prevalentes, padrões de sensibilidade, selecionando aqueles antimicrobianos que permitam suprir as necessidades terapêuticas;
- Reservar novos antibióticos para o tratamento de infecções causadas por microorganismos resistentes a antibióticos padrões, ou para infecções em que o novo produto seja superior aos anteriores, fundamentado em ensaios clínicos comparativos;
- Utilizar sempre a Denominação Comum Brasileira (DCB).

12.4.2.6 Inclusão De Medicamentos Na Padronização

As solicitações de inclusão de medicamentos na Padronização da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverão ser feitas através do preenchimento do formulário apropriado, encaminhado para avaliação do Diretor Médico e da Comissão de Farmácia e Terapêutica da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando suas justificativas e mostrando:Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

12.4.2.7 Exclusão De Medicamentos Na Padronização

Critérios:

- Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgãos competente;
- Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
- Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização

12.4.2.8 Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , que tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e equipamentos utilizados dentro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , garantindo que tudo o que é utilizado na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS está dentro do que é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Entende-se por Material Médico-Hospitalar, os artigos de consumo implantáveis, orteses, próteses, artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que por ventura forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Considerar-se á material permanente todo aquele que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão Padronização de Medicamentos e materiais médicos hospitalares visa identificar e simplificar, reduzindo variedades eliminando excessos e conseguindo economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o **uso racional de medicamentos na unidade de saúde**. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada por uma elaboração de revisão de uma padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos em uma POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de baixo custo.

Constituição Básica e Regimento Interno Constituição Básica

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem, Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador e por profissional indicados pela Diretoria Executiva do INSTITUTO CEM.

REGIMENTO INTERNO

Art. 1º. Os membros da Comissão desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas aos medicamentos, insumos, equipamentos e mobiliários sob avaliação, desenvolvendo, se o caso, ações conjuntas com estes.

Art. 2º. É competência exclusiva da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários:

- Padronizar os medicamentos pelo princípio ativo, conforme Determinação Comum Brasileira e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível as associações;
- Padronizar as formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando:
- A comodidade para administração a pacientes,
- A facilidade para cálculo de dose a ser administrada e,
- A facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
- Padronizar materiais de consumo hospitalar sempre pela descrição genérica e detalhada do item;
- Assegurar a qualidade considerando o menor custo diário e total do tratamento, resguardada a qualidade, bem como a facilidade na aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
- Elaborar a lista de medicamentos, materiais de consumo hospitalar e equipamentos médico-hospitalares padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;
- Rever e atualizar periodicamente a lista de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados;
- Analisar a relação custo/benefício nos processos de inclusão e exclusão de medicamentos e produtos afins da padronização;
- Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos e materiais incluídos ou excluídos da padronização;
- Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares na padronização;
- Auxiliar na farmaco-vigilância dos medicamentos, juntamente com as áreas envolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ;
- Avaliar impacto financeiro da inclusão ou exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos nas despesas hospitalares;
- Estabelecer o uso de Protocolos de Consenso Clínico para medicamentos e materiais de alto custo, quando necessários.

Art. 3º. Os membros e o coordenador da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários serão indicados pelas Diretorias da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS nomeados através de Portaria, da Diretoria Executiva do INSTITUTO CEM, para mandatos de 02 (dois) anos, renováveis por mais 01 (um) período idêntico.

Parágrafo único. A Coordenação da Comissão caberá ao representante da Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Art. 4º - A Comissão realizará reuniões fixas bimestrais, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

Parágrafo primeiro. Será lavrada Ata de toda reunião realizada, arquivadas em pasta própria.

Art. 5º. As solicitações de padronização de medicamentos, insumos, equipamentos ou materiais deve ser efetuada através de impresso próprio.

Art. 6º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários definirá o prazo para emissão de pareceres, seguindo critérios de prioridade e complexidade.

Art. 7º. O parecer exarado pela Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários será encaminhado para a Diretoria Técnica ou Administrativa para ratificação.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

ATIVIDADE		Anual											
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1	Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros												
2	Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;												
3	Verificação da prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição												
4	Inspecionar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e												

	suficiência dos equipamentos, para suprir a demanda da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS	
5	Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico.	
6	**Garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.**	

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

12.5 Apresentação de Critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza e vigilância e manutenção predial

Os procedimentos adotados para a contratação terceiros, obras, serviços, compras e alienações, seguirão os princípios gerais de licitação, e serão aprovados pelo Conselho da Administração e publicados, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do Contrato de Gestão;

Os procedimentos serão de modo aberto e acessível ao público, com ampla divulgação e participação de diversos fornecedores interessados, preferencialmente por meio da rede mundial de computadores;

A entidade não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório;

Os bens móveis e imóveis adquiridos pela Organização Social com recursos públicos terão destinação vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão;

São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;

Qualquer alienação dos bens citados na alínea anterior, precederá de necessária anuência do Poder Público , e seus recursos serão obrigatoriamente investidos no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

Para contratação de serviços de terceiros, será utilizado modelo / regulamento de compras e contratações os quais também se direcionam aos serviços de limpeza e vigilância, conforme modelo abaixo.

12.5.1 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações

CAPÍTULO IDA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo INSTITUTO CEM , com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade hospitalar, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM , bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se aquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se aquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se aquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃO, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Carta Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquals que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cuo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1º Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2º O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

§ 3º Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão ser disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM , as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelO INSTITUTO CEM , com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/constratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente collocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM , ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulamento.

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM , poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM , independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM , são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM .Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelO INSTITUTO CEM , bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM , reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis. § 1º Entende-se por compras/contratações para entrega

imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas a", b" e c" do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo O INSTITUTO CEM , anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de ate 24 (vinte e quatro) meses, podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo leal, responsável e probo, além de perseguir a boa fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

12.6Instrução para funcionamento do Serviço de Farmácia com especificação de estrutura, normas, rotinas, definidas as áreas de abrangência, horários e equipe mínima.

12.6.1 Definições

A Farmácia Hospitalar, no âmbito de sua atuação, comporta-se como uma unidade de negócios, dados os seus relacionamentos comerciais com os laboratórios farmacêuticos;.com os fabricantes dos diferentes produtos, com distribuidores e com os representantes comerciais.

Gerir medicamentos na área hospitalar, e deparar-se com uma grande variedade de produtos (cerca de 50000 itens diferentes se encontram à disposição dos profissionais médicos), com o compromisso de não permitir a ocorrência de stockout sinônimo de morte, perdas ou fracasso organizacional. Assim, quanto maior a habilidade da farmácia hospitalar em administrar seus produtos de forma racional, maior será sua capacidade de oferecer à clientela bens e serviços de qualidade e com baixos custos operacionais. Para tanto, será formada uma comissão com o objetivo de padronizar os medicamentos estabelecendo os critérios para inclusão/exclusão de produtos e revisar continuamente os itens padronizados.

A comissão de padronização considerará o perfil epidemiológico das doenças na população assistida pela instituição hospitalar. Adotará relacionar os medicamentos (mencionando, junto a este, a apresentação). Selecionará fármacos com valor terapêutico toxicidade e de fácil aquisição no mercado. Reunirá os produtos semelhantes (classificação), reduzindo a variedade (simplificação) e adotará uma codificação (para facilitar a Farmácia da Unidade está subordinado à Diretoria vez subordina-se ao Diretor Geral, e será coordenada pelo Farmacêutico.

✓ Finalidade O Serviço de Farmácia terá a função de desenvolver atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, material médico/hospitalar e correlatos. Terá também responsabilidade sobre o acompanhamento do uso de medicamentos e materiais visando à eficácia da terapia e assegurando o uso racional dos mesmos

✓ .Organização e Estrutura Será subordinado à Coordenação Médica e contará com Farmacêutico habilitado e regularizado junto ao Conselho de Classe e auxiliares de farmácia. O SEFAR será estruturado em duas principais áreas: Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e Farmácia Satélite. A CAF será responsável pelo armazenamento e estocagem adequados de todos os produtos farmacêuticos adquiridos, pelo controle de estoque e consumo. A Farmácia Satélite funcionará 24hs de todos os dias do ano, fará a distribuição e rigoroso controle na dispensação de medicações, soluções e materiais em dose individualizada para os pacientes em atendimento no PA, nas Unidades de Observação, de Internação e Terapia Intensiva através de sistema informatizado e mediante apresentação de 2ª via da prescrição médica.

✓ A Farmácia Satélite programará, semanalmente, visitas aos setores para identificar e recolher sobras de medicamentos, soluções e materiais evitando estocagem inadequada e vencimento da validade deles. Estes procedimentos irão favorecer o rastreamento de desconformidades à rotina e efetivo controle dos insumos.O SEFAR deverá compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, colaborando na padronização de produtos farmacêuticos a ser instituída na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .Normas e Rotinas do Serviço de Farmácia

12.6.1.1 Competência do Farmacêutico:

- Organizar a equipe de trabalho através de confecção de escalas mensais;
- Elaborar, divulgar e fazer cumprir manuais de procedimentos para aquisição, armazenamento, distribuição e controle de medicamentos e produtos farmacêuticos;
- Divulgar a padronização de medicamentos e relação de similares para os setores competentes;
- Planejar e requisitar a compra de medicamentos conforme padronização da CFT;
- Controlar, rigorosamente, a guarda e dispensação dos psicotrópicos e entorpecentes, obedecendo às normas vigentes;
- Fracionar e/ou reenvasar soluções necessárias às ações de antissepsia, limpeza e desinfecção, garantindo a sua qualidade;
- Promover treinamento continuado ao pessoal auxiliar;
- Integrar o GTCI;
- Fazer cumprir o uso correto de EPI´s e EPC´s por sua equipe;
- Manter atualizados os livros e mapas de registro de psicotrópicos e entorpecentes, conforme legislação;
- Emitir parecer técnico relacionado aos medicamentos, no ponto de vista biofarmacocinético, clínico e químico;
- Realizar ações de farmacovigilância;
- Integrar a CFT analisando e avaliando as solicitações e propondo a inclusão/ exclusão de itens.

Competência do Auxiliar de Farmácia:

- Receber, conferir, controlar e estocar os medicamentos;
- Promover a distribuição de doses individualizadas para uso dos clientes do PA e Unidades de Observação;
- Atender as solicitações de medicamentos dos diversos setores mediante apresentação de requisição padronizada.

12.6.1.2 Áreas de abrangência

O funcionamento do Serviço de Farmácia envolve uma organização complexa exercitada por um aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde comunidade. A Farmácia é uma unidade de abrangência e administrativa.

Ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar deverá efetuar controle diário de estoque e informar, por meio de a condição de estoque à Diretoria Administrativa.

Elaborar balancetes mensais para previsão de solicitação de no 1 0 dia útil década mês à Diretoria Administrativa.

o RT da farmácia deverá -manter atualizado o controle de psicotrópicos.

Atividades técnico-administrativas do Serviço farmácia:

A Assistência Farmacêutica grupo de Atividades relacionadas demandadas por uma determinada assistencial, técnico-científicaA principal razão de medicações seguras e oportunas.

O RT da farmácia boletim interno, diariamente, Deverá também compras, a serem entreguesConforme legislação, medicamentos controlados

12.6.1.3 Atribuições:

Coordenação

a) Administrativas:

- 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 no Serviço, 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.

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 I 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- aos planos de recolhimento.

c)Técnicas:

- Responder pela aquisição;. distribuição, qualidade e o 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, dê acordo 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, atuação profissional.

12.6.2 Equipe Mínima

O Serviço de Farmácia integrará o corpo de profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS com uma equipe formada por:

ESPECIALIDADE/INTERNAÇÃO	Dimensionamento Recursos Humanos - Assistência e Administrativo - CL							
	Internação e Hospital dia*	Ambulatório *	Centro Cirúrgico *	Pronto Socorro	CME	Equipe Multiprofissional - Internação, Ambulatorio e Pronto Socorro	SADT	Administraçã administrati assistencial
Farmacêutico						1		5
Asssitente de Farmácia								7

13 (treze) profissionais, sendo (5) Farmaceuticos e 07(sete) assistentes de farmácia profissionais e 01 farmaceutico coordenador de 40 horas semanais

12.6.3 Horário de funcionamento da área/serviço

O Serviço de Farmácia da instituição manterá coordenador por 40 horas semanais, e profissionais com plantão de 12 horas, durante 24 horas por dia, 7 dias na semana, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

12.7 Protocolo de funcionamento da unidade móvel (carreta da prevenção)

12.7.1 Este item consta discriminado em Anexo – Qualidade Técnica - Protocolo carreta prevenção e rastreamento câncer

12.8 Proposta para o Programa de Rastreamento do câncer na unidade móvel de prevenção e controle de qualidade dos diagnósticos

12.8.1 Este item consta discriminado em Anexo – Qualidade Técnica - Protocolo carreta prevenção e rastreamento câncer

12.9 Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

12.9.1 Este item está discriminado no item 16 Proposta Financeira, em Anexo.

13 CIÊNCIA E TECNOLOGIA

13.1 Ensino E Pesquisa

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Em se tratando de unidade nova de saúde, o **INSTITUTO CEM** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **INSTITUTO CEM** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **INSTITUTO CEM**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

O **INSTITUTO CEM** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO

O **INSTITUTO CEM** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

O **INSTITUTO CEM** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por

meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **INSTITUTO CEM**.

A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

Cabe ao **INSTITUTO CEM** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normais legais disciplinares.

Caso o **INSTITUTO CEM** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

13.1.1 Dos Programas De Residência Médica E Multiprofissional E Em Área Da Saúde

Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **INSTITUTO CEM** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

O **INSTITUTO CEM** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **INSTITUTO CEM**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

13.1.2 Programa De Residência Médica

Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **INSTITUTO CEM** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

Quando cabível, competirá ao **INSTITUTO CEM**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000- uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm

As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

O INSTITUTO CEM deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

13.1.3 Programa De Residência Multiprofissional E Em Área Profissional Da Saúde

A Instituição sob gerenciamento do **INSTITUTO CEM** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

O **INSTITUTO CEM** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

8.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

O **INSTITUTO CEM** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

13.1.4 Dos Recursos Financeiros

O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

Ocorrendo a situação descrita no item 9.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo

acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

13.1.5 Estágios Curriculares

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

O INSTITUTO CEM deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

13.1.6 Programa De Educação Permanente

O INSTITUTO CEM deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

O INSTITUTO CEM encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

13.2 Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos.

O Instituto CEM, acredita que a formação dos profissionais de saúde a partir da articulação entre ensino e serviço, visa a cooperação mútua, propicia ao aluno formação profissional teórico-prática, além de possibilitar, através do estágio, treinamento e residências, caminhos para a obtenção de subsídios necessários à permanente atualização de seus currículos e para Instituição, canais de informações indispensáveis à sua constante aproximação das fontes de conhecimentos técnicos e científicos

O Instituto CEM, acredita os convênios de cooperação técnica tenham papel significativo sobre procedimentos de instruções processuais relativos a convênios, protocolos e execução de programas de trabalho, projetos/atividade ou evento de interesse recíproco, observando o cumprimento das normas internas da Instituição e das legislações superiores que regem a matéria, fornecendo subsídios técnicos e administrativos, visando promover condições para o andamento das ações em conjunto com os instrumentos jurídicos e administrativos para estabelecer convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências.

A integração sistêmica entre educação, trabalho e atuação social , é também uma de suas metas.

Na Unidade Assistencial será implantada a área de Ensino e. Pesquisa, que conjuntamente com a Assistência Médico Social que compõe o núcleo central que fornece sustentação à sua missão institucional.

A Unidade de Saúde terá Programa de Residência Médica e Multiprofissional que será monitorado e conduzido por profissionais de alto nível técnico e experiência ampla e específica, nas especialidades e respectivas vagas que vierem a ser definidas pela SME para residência médica e multiprofissional observando se os preceitos e normas da — Comissão Nacional de Residência Médica CNRM e Comissão de Residência Multiprofissional COREMO.

O objetivo é proporcionar uma vivência pedagógica e prática na diversidade de clínicas que vierem a ser oferecidas no programa de residência, como poucas instituições poderão oferecer, tendo em vista as características de amplitude e complexidade assistencial da Unidade de Saúde, promovendo um ambiente de estudo estimulante e produtivo.

Para tanto, através do plano estratégico do Instituto CEM, será possível agregar valor a ações vinculadas a cooperação técnica de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências, conforme descrição do processo de planejamento.

O Instituo CEM, já tem parcerias com Instituições de ensino superior, e pretende ampliar estas parcerias para, para o aperfeiçoamento na formação dos profissionais da saúde, servindo como um espaço de ensino, prática e aprendizagem.

Plano Estratégico

O Plano Estratégico do Instituto CEM, define os rumos da instituição em busca de seu desenvolvimento e suas metas, explicitando a missão e seus objetivos estratégicos e se colocando como proposta de referência para o futuro na gestão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . Em seu processo de elaboração foi pautado por ampla discussão com todos os segmentos da comunidade universitária e cientifica para coletar propostas e sugestões e subsidiar a apreciação no Conselho. Além disso, teremos como princípios ser participativo, combinando opiniões de professores, técnico-administrativos, formadores de opinião e sociedade, dentro do processo de planejamento estratégico adotado foi dividido em cinco fases, conforme apresentado a seguir.

Fase 1: Preparação

Iniciada com as discussões dos processos que serão adotados que culminam com a constituição das ações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ao Planejamento Estratégico, onde se terá um grupo responsável pela construção do Plano, constituído através de Portaria contendo:

Formação Acadêmica de Graduação e Pós-Graduação

I. Pesquisa, Inovação e Extensão
II. Desenvolvimento Técnico
III. Internacionalização
IV. Gestão de Pessoas
V. Informação, Comunicação

VI. Infraestrutura e Segurança
VII. Ciência

Fase 2: Análise e Avaliação Institucional (Diagnóstico)

Serão realizadas discussões de grandes temas nos Grupos Técnicos para elaborar um texto de referência da Visão de Futuro para que se pretende obter na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Fase 3: Definição da visão, missão e valores, construção do Mapa Estratégico e definição dos objetivos e ações estratégicas

Será traçado também a missão, a visão e os valores, culminando com a construção do Mapa Estratégico e a definição dos objetivos e ações estratégicas para o Da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico do Instituto CEM, apresentará a missão e visão da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS contemplando os objetivos estratégicos que são derivados das demandas de seus stakeholders, traduzindo assim de forma visual todos esses objetivos nas ações que congregam a convênios, cooperações técnicas na área de ensino para desenvolvimento de estágios treinamentos e residências.

Nesta perspectiva, pretende-se estabelecer os alicerces, processos e resultados, com cada ente, englobando um conjunto de objetivos estratégicos, e estes sendo desdobrados em ações estratégicas.

13.2.1 Convenio de Cooperação Técnica com Fundação Tiradentes

Apresentação

O Programa Educacional da Fundação Tiradentes visa meios de proporcionar acesso à educação em nível superior, bem como incentivar a consecução de programas de cunho educacional para seus beneficiários. Neste sentido, inclui a implementação e a administração da Faculdade Policia Militar (FPM), na qual os policiais militares goianos, seus dependentes e algumas categorias ligadas à corporação, serão beneficiados com tratamento diferenciado.

O programa também prevê apoio a programas educacionais de aperfeiçoamento e ou extensão.

As ações do programa são apreciadas pelo Conselho de Curadores da Fundação Tiradentes e autorizadas pela Curadoria de Fundações e Associações do Ministério Público de Goiás.

Cursos:

Atualmente tem os cursos De Biomedicina, Enfermagem e Educação Física.

Objetivo:

O desenvolvimento de ações conjuntas de cooperação recíproca entre as Instituições visando especificar as condições mútuas de operacionalização e implementação de atividades de estágio, de interesse pedagógico e curricular que venham a complementar o processo ensino-aprendizagem, sem qualquer ônus à Instituição de Ensino e ao estudante, abrangendo todos os cursos, unidades e alunos da Faculdade Policia Militar (FPM), nos termos da legislação vigente.

O ESTÁGIO

O estágio é ato educativo escolar supervisionado desenvolvido no ambiente de trabalho, através de atividades de aprendizagem social, profissional e cultural e pela participação em situações reais de trabalho, com o objetivo de complementar o ensino e a aprendizagem, com o acompanhamento de professor orientador e profissional habilitado, proporcionadas aos estudantes que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação.

- O horário do estágio não poderá prejudicar a freqüência do estudante em qualquer atividade didático-pedagógica estipulada pela instituição de ensino. A alegação de incompatibilidade de horários não será motivo para o aluno pleitear sua transferência do período, salvo se houver vaga, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição de ensino.
- O local de estágio pode ser selecionado a partir de cadastro de partes cedentes, organizado pelas instituições de ensino ou pelos agentes de integração.

DAS OBRIGAÇÕES DO AGENTE DE INTEGRAÇÃO

I. Cabe aos agentes de integração, como auxiliares no processo de aperfeiçoamento do instituto do estágio:

II. Identificar oportunidades de estágio previsto e compatível com o curso e ajustar suas condições de realização, encaminhando os estudantes aptos e interessados à locais adequados, que preservem a saúde e a segurança no trabalho e proporcionem o complemento de seu ensino;

III. Cadastrar, fora dos horários de aulas, os estudantes candidatos a estágio e colaborar com a instituição de ensino quanto a celebração de convênios com concedentes de estágio;

IV. Divulgar na instituição de ensino, mediante prévia autorização, vagas de estágio captadas;

V. Viabilizar o acesso à concedente para que a instituição de ensino possa avaliar suas instalações;

VI. Fazer o acompanhamento administrativo, elaborando o termo de compromisso de estágio e encaminhando a negociação do seguro contra acidentes pessoais;

VII. Colaborar com a instituição de ensino junto ao estudante e a concedente quanto a elaboração do relatório das atividades;

VIII. Notificar a instituição de ensino e as concedentes sobre qualquer irregularidade;

IX. Zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

X. Isentar a Instituição de ensino de qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária, assumindo todos os riscos de sua atividade econômica;

XI. Colaborar com a elaboração do plano de atividades, que deverá ser incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante.

DAS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Obrigações da instituição de ensino:

I. Analisar e, se estiver em ordem, celebrar termo de compromisso com estudante ou seu representante legal e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

II. Avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional de seu aluno;

III. Indicar professor orientador para acompanhar e avaliar as atividades do estagiário;

IV. Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios;

V. Comunicar as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

13.2.2 Contrato Parceria e Cooperação Técnica – Fundação Tiradentes

13.2.3 Programa de Residências

A implantação de programas de Residência Médica e Multidisciplinar possibilita a capacitação sistemática, a educação continuada e a qualificação dos serviços ofertados. A residência é considerada o padrão ouro" da especialização na área da saúde. Os programas de residência solidificam a formação de recursos humanos.

Na área da saúde, a atualização e o estudo constante faz parte da vida dos profissionais e levam a qualificação da assistência e o bem-estar da população. Dessa forma, na unidade, para desenvolver os programas de residência faz-se necessário a manutenção dos equipamentos, a qualificação permanente da atuação das equipes, além de estimular o trabalho interdisciplinar com equipes multiprofissionais, humanizadas e éticas. Portanto, a Unidade de Saúde para abrigar a residência requer o cenário apropriado de atenção à saúde. Assim, fomentar as atividades de ensino e pesquisa dentro de uma unidade tem por objetivos:

- Formar especialistas para atuarem nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Município de GOIÁS.
- Fortalecer as atividades de ensino e pesquisa, como uma estratégia de melhoria da qualidade de serviço ofertados aos usuários do SUS.

Os Programas de Residência são mantidos por dotação orçamentária do Ministério da Saúde. Entretanto, requer do gestor uma preocupação com a qualificação da unidade para oferta de cenários de aprendizagem das especialidades. Exige relação harmônica entre atividade assistencial, ensino e pesquisa.

O Instituto CEM em consonância com sua missão de promover o conhecimento por meio do ensino nos diferentes níveis, da pesquisa, da extensão, buscando a formação de cidadãos, propõe a implementação e/ou manutenção dos seguintes Programas de Residência na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS abarcando convênios com outras unidades de saúde no intuito dos Programas contemplarem todos os cenários de saúde necessários para a formação adequada do profissional conforme planos de ensino:

13.2.3.1 Residências Médicas

OBJETIVOS

Construir competências compartilhadas com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde, buscando o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar o profissional para atuação medica;
- Formar profissionais médicos de saúde com capacidade analítica, crítica e de transformação de sua prática, pautados nos valores e diretrizes propostos pelo SUS.
- Planejar as intervenções a indivíduos, família e coletividade considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do Sistema Único de Saúde e o conhecimento próprio de cada núcleo de saber e prática.

Buscar a articulação de dados investigados, estimulando a permanente formulação de diagnósticos e a utilização de indicadores de risco e vulnerabilidade, considerando

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- ambulatório geral e em unidade básica de saúde: mínimo de 20% da carga horária anual;
- ambulatório de Clínica Geral e Unidade Básica de Saúde: mínimo de 30% da carga horária anual;
- ambulatório de clínicas especializadas: mínimo de 10% da carga horária anual;
- estágios obrigatórios: Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia;
- estágios opcionais: Dermatologia, Radiologia e Diagnóstico por imagem, Endocrinologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Infectologia, Neurologia, Reumatologia ou outros a critério da Instituição;
- cursos obrigatórios: Epidemiologia Clínica, Biologia Molecular Aplicada, Organização de Serviços de Saúde.

METODOLOGIA

Programa de Residência Médica será na modalidade de treinamento em serviço, essencialmente prática e com aporte teórico exigidos na Resolução nº 02/2006 da CNRM.

AVALIAÇÃO:

Avaliação Formativa: Na avaliação Formativa o residente será avaliado trimestralmente em relação à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas à execução das atividades desenvolvidas, das atitudes e comportamentos éticos e humanísticos, do relacionamento do residente com o paciente, com sua família e com a comunidade, com os outros profissionais da equipe de saúde e com os seus preceptores e supervisor.

Avaliação Somativa: O residente será avaliado ao final de cada trimestre, através de prova escrita, e prática. A nota mínima para aprovação será 07 (sete).

13.2.3.2 Residências Multiprofissionais

A partir de uma análise da realidade locorregional e em consonância com as estratégias do SUS de Educação Permanente e também atendendo à Política de Formação do Ministério da Educação, busca fomentar a implantação de um modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado garantido pela qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

OBJETIVOS

Construir competências compartilhadas com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde,

buscando o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar o profissional para atuação multiprofissional e interdisciplinar;
- Formar profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) com capacidade analítica, crítica e de transformação de sua prática, pautados nos valores e diretrizes propostos pelo SUS.
- Planejar as intervenções a indivíduos, família e coletividade considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do Sistema Único de Saúde e o conhecimento próprio de cada núcleo de saber e prática.
- Buscar a articulação de dados investigados, estimulando a permanente formulação de diagnósticos e a utilização de indicadores de risco e vulnerabilidade, considerando referenciais clínico-epidemiológicos e padrões de segurança do cuidado;
- Discutir e promover a construção coletiva de projetos terapêuticos, buscando a humanização e a otimização das ações de atenção à saúde;
- Sistematizar as informações coletadas na história e exames clínicos para a formulação de hipóteses aos problemas de saúde, de forma ética, visando a elaboração de planos de cuidado que considerem a autonomia, o consentimento e as condições socioculturais do paciente.

CONCEPÇÃO DO PROGRAMA

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade, está articulado com as Políticas de Saúde Locorregionais. Serão referências para esta articulação os membros da Comissão de Acompanhamento à Contratualização da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e das Secretarias Municipais de Saúde, os representantes da Universidade nos Conselhos de Saúde Estadual e Municipal. O Plano Estadual e Municipal de Saúde reafirmam a necessidade de capacitar profissionais, respondendo, desta forma, às políticas locorregionais.

13.2.3.3 Estágios curriculares

A unidade de saúde terá por objetivo compartilhar conhecimento, buscar e apoiar o aprimoramento profissional de médicos, profissionais da saúde e gestores da área e estimular a pesquisa científica, dessa forma poderá contribuir para uma assistência sempre melhor. Assim, o setor de ensino e pesquisa dentro da unidade refletirá as principais características construídas na unidade, tornando cenário de prática para os diferentes cursos de graduação na área da saúde. Através de convênios com as Instituições de Ensino Superior dar oportunidade para os estágios curriculares.

13.3Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.

O ensino e pesquisa, por meio de projetos colaborativos com as Instituições de Ensino Superior, poderá implantar projetos voltados para a transformação de práticas profissionais. Nesse sentido, a unidade poderá atuar como um centro difusor do conhecimento relacionados às boas práticas e à gestão na área da saúde.

Ainda, por meio da pesquisa, em atuação com diversas instituições públicas e privadas poderá divulgar e compartilhar experiências exitosas e aumentar a convivência com instituições que compartilham os mesmos valores, no município. Além de gerar ações e oportunidades para convivências diversas e aumentar a capacidade de compartilhar experiências adquiridas. A experiência por meio do ensino-aprendizagem possibilita melhorar a forma de cuidar e gerir a unidade.

OBJETIVOS

GERAL: Contribuir com desenvolvimento científico e tecnológico e formação profissional em saúde, em consonância com as políticas de Educação, de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação.

ESPECÍFICOS: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para hospitais universitários federais que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas. Estimular, no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde – SUS.

13.3.1 Estratégias De Implementação

Articulação interna no Instituto CEM , para a definição e implementação de um modelo de gestão de pesquisas clínicas que harmonize etapas, atores, procedimentos e fluxos necessários à aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento dos projetos na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Articulação intersetorial para o desenvolvimento e aprimoramento de competências técnicas e científicas em gestão e elaboração de projetos de pesquisa clínica.

Articulação intersetorial para a definição e implementação de mecanismos que contribuam para conferir celeridade ao processo de aprovação das pesquisas a serem realizadas no âmbito do Programa.

Articulação com órgãos públicos de fomento em ciência, tecnologia e inovação para a implementação de estratégias que assegurem a sinergia e o fortalecimento do Programa junto a outras iniciativas afins.

Articulação com órgãos e entidades afins de fomento à pesquisa clínica para o estabelecimento de parcerias que contribuam com a implementação e aprimoramento do Programa.

13.3.2 Plano de Implementação

A implementação do Programa deve se dar por meio de duas frentes de trabalho que dialogam entre si. A primeira deve se dedicar à elaboração e ao acompanhamento da implementação do modelo de gestão de pesquisas clínicas, por meio de atividades internas ao sistema Instituto CEM da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , ouvidos o Comitê Gestor do Programa e instâncias afins ao tema. Essa frente deverá desenvolver atividades contínuas, porém com prazos para entrega de produtos. A segunda frente de trabalho reveste-se, principalmente, de um caráter de articulação, que poderá, de forma contínua, ter desdobramentos em projetos e ações.

OBETIVO ESPECÍFICO

1: Implementar um modelo de gestão de pesquisas clínicas para o Da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas Clínicas.

Ações: formulação, validação, implementação, monitoramento e avaliação do Modelo.

Participantes: representantes da Seção de Ensino e Pesquisa e das diretorias da sede, das coordenações de ensino e pesquisa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e de outros hospitais de referência em pesquisa clínica, do Comitê Gestor do Programa e de entidades representativas de pesquisa clínica e setor produtivo.

Resultados esperados: institucionalização e harmonização dos processos de trabalho relacionados à pesquisa clínica e instituição de um ambiente de colaboração na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Metas: A partir da publicação da Portaria, elaboração do escopo geral do modelo em oito meses, e início, a partir de então de sua implementação na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

2: Estimular, no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde.

Ações: articulação, definição e pactuação das pesquisas a serem desenvolvidas no âmbito do Programa.

Participantes: Comitê Gestor do Programa e coordenação de ensino e pesquisa da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Resultados esperados: contribuição efetiva da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS no processo de desenvolvimento tecnológico de insumos para a saúde para SUS.

Metas: A partir da publicação da Portaria, instituição do Comitê Gestor em três meses e início da realização de estudos colaborativos em 12 meses.

13.3.3 Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão

Para o Ministério da Saúde, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro

entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto o INSTITUTO CEM propõem processos que visam o desenvolvimento pessoal e profissional de todos funcionários, de forma continuada e ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento à população na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Desta forma, o INSTITUTO CEM buscará desenvolver as competências de seus profissionais (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição e para tanto a política de Recursos Humanos proposta está pautada nos seguintes princípios e ações:

13.3.4 Contrato de Parceria para projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública

13.4 Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade de saúde.

13.4.1 Introdução

Um dos principais motores do avanço da ciência é a curiosidade humana, descompromissada de resultados concretos e livre de qualquer tipo de tutela ou orientação. A produção científica movida simplesmente por essa curiosidade tem sido capaz de abrir novas fronteiras do conhecimento, de nos tornar mais sábios e de, no longo prazo, gerar valor e mais qualidade de vida para o ser humano.

Por meio dos seus métodos e instrumentos, a ciência nos permite analisar o mundo ao redor e ver além do que os olhos podem enxergar. O empreendimento científico e tecnológico do ser humano ao longo de sua história é, sem dúvida alguma, o principal responsável por tudo que a humanidade construiu até aqui. Suas realizações estão presentes desde o domínio do fogo até às imensas potencialidades derivadas da moderna ciência da informação, passando pela domesticação dos animais, pelo surgimento da agricultura e indústria modernas e, é claro, pela espetacular melhora da qualidade de vida de toda a humanidade no último século.

Além da curiosidade humana, outro motor importantíssimo do avanço científico é a solução de problemas que afligem a humanidade. Viver mais tempo e com mais saúde, trabalhar menos e ter mais tempo disponível para o lazer, reduzir as distâncias que nos separam de outros seres humanos – seja por meio de mais canais de comunicação ou de melhores meios de transporte – são alguns dos desafios e aspirações humanas para os quais, durante séculos, a ciência e a tecnologia têm contribuído.

Uma pessoa nascida no final do século 18, muito provavelmente morreria antes de completar 40 anos de idade. Alguém nascido hoje num país desenvolvido deverá viver mais de 80 anos e, embora a desigualdade seja muita, mesmo nos países mais pobres da África subsaariana, a expectativa de vida, atualmente, é de mais de 50 anos. A ciência e a tecnologia são os fatores chave para explicar a redução da mortalidade por várias doenças, como as doenças infecciosas, por exemplo, e o consequente aumento da longevidade dos seres humanos.

Partindo do pressuposto acima podemos compreender o importância de investir em ciência e tecnologia por essa razão o Governo do Estado de Goiás, chama as organizações sociais parcerias para que em suas propostas de gestão dos serviços de saúde do Estado apresentem ferramentas e mecanismos inovadores que possam atender a tão importante missão.

Desta forma apresentaremos a seguir nossa proposta metodológica para atendimento a esse quesito do edital de chamamento.

13.4.2 Metodologia do Projeto de Educação Permanente a ser implantado na Unidade de Saúde.

13.4.3 Conceito De Educação Permanente (Ep)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação.

A educação dos trabalhadores da saúde é uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional.

De acordo com Farah BF (Rev APS. 2003; 6 (2):123-5)

"A educação é um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades".

DA NATUREZA DO SERVIÇO DE EP

A educação continuada considera a vivência de trabalho do profissional, onde a valorização desse saber aponta a realidade do serviço, a exposição das necessidades e problemas, e estimula a troca de experiências, a criação de uma nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo. É nesta premissa que o Instituto CEM pretende organizar a oferta de EP instituindo um departamento de ensino pesquisa e extensão nominado de NEPE, dotado de RH qualificados e capacitados sob a égide da concepção pedagógica de um pedagogo competente e mais membros técnicos que comporá a estrutura metodológica de planejamento, organização, execução e avaliação permanente da qualidade do serviço ofertado e, com total apoio da gestão da unidade e validação da diretoria o **INSTITUTO CEM**.

DOS OBJETIVOS DO SERVIÇO DE EP

Constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos.

Porquanto, prospecta-se que a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais;

Estabelecer um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento, promovendo a compreensão dos fenômenos observados no cotidiano, notadamente aqueles que se referem à Educação e a Saúde;

Atura em parceria com outros serviços da instituição visando melhoria e integração dos mesmos;

Oportunizar parcerias com instituições de ensino, pesquisa e extensão para oferta de estágios e programas de capacitação permanente dos colaboradores e alunos melhorando significativamente a oferta do serviço aos usuários do SUS.

Ser um espaço de planejamento, organização, execução e avaliação constante e adequada dos serviços e programas a serem ofertados com foco sempre na melhoria da qualidade ofertada ao usuario do SUS.

13.4.4 Da Composição Da Equipe Do Nepe

Por se tratar de um serviço da unidade de saúde esse terá um regulamento próprio que sofrerá constantes aperfeiçoamentos por parte dos membros que o compõem visando sempre a atualização da política ministerial e da SES/GO.

Composição:

- 1 coordenador pedagogo de formação
- 1 auxiliar administrativo
- Membros do núcleo de educação permante:
- 1 representante e um suplente de cada categoria profissional da unidade
- 1 representante e um suplente da CIPA/SESMT
- 1 representante e um suplente do RH
- 1 representante e um suplente da ouvidoria

Todos eleitos entre seus pares, com portaria nominativa da unidade com organograma de atividades e de encontros definida das no regulamento próprio.

13.4.5 Das Ações Propostas

Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.

Acreditando que o poder das ideias compartilhadas, recursos e experiências ajudam a desenvolver com qualidade os trabalhos institucionais, a Pró-Saúde pretende expandir suas parcerias com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e

complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais deve sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

Nesta perspectiva a Pró-Saúde, alicerçada na celebração de convênios, promoverá a melhoria continuada da educação.

É intenção da OS promover parceiras com a Universidades e Escolas Técnicas possibilitando o acesso de alunos as dependências da unidade de saúde, buscando a certificação de *Hospital Escola junto ao Ministério da Educação e Cultura*.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades na unidade de saúde , será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com a Universidade (UFG/UEG/UNIRV e outros) a elaboração de um projeto de residência multiprofissional, que posteriormente será enviada ao Ministério da Educação e da Saúde para aprovação finalizando esse processo implantar o programa e ou se não imediatamente em conjunto com a escola de saúde publica ampliar o espaço e consequentemente o número de vagas do programa já existente na SES/GO.

Participação nas atividades de ensino e pesquisa

O **Instituto CEM** tem pretende ampliar e promover parcerias entre os seus hospitais gerenciados com instituições de ensino, visando o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de saúde, bem como através de cooperação técnica com estas instituições para estágios curriculares e treinamentos e também sempre que houver interesse poderá ser realizado cursos específicos, dentro do panorama da unidade de saúde , para os profissionais da SES e hospitais da região.

Para isso o Instituto CEM apresenta seu modelo de manual do aluno já utilizado nas unidade geridas (anexo)

PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

O Instituto CEM visando o desenvolvimento e capacitação dos profissionais, tem estruturado cursos de atualização para os diversos profissionais que atuam nas unidades de saúde geridas.

Possui também parceria com a com a UNIRV –Universidade de Rio Verde estabelecimento de ensino superior, com sede no município de Rio Verde, com polos de unidades nas cidades de aparecida de Goiânia, formosa, rio verde, goiás e ceres.

Também propõe parceria com Serviços responsáveis por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS através da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais da unidade de saúde.

13.4.6 Da Metodologia De Treinamento E Desenvolvimento (T&D):

Os programas de T&D (treinamento e desenvolvimento) e/ou Serviço de Educação Permanente serão desenvolvidos regularmente em duas etapas:

1. Integração dos colaboradores a nova estrutura e serviços ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo Programático:

Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde; Apresentação da Rede de Urgência e Emergência e o perfil assistencial do município;

- Apresentação do Perfil Assistencial específico para cada Unidade;
- Apresentação das Normas Administrativas e Trabalhistas;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar, Comissões e outras;
- Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- Visita de reconhecimento da Unidade.

De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Abaixo segue tabela com alguns dos Treinamentos programados para o Serviço de Educação Continuada.

13.4.7 Proposta de Capacitações para as Unidades como processo de acolhimento

Tipo de Capacitação	Carga Horária	Público
Atendimento ao Cliente, Linguagem Corporal e Verbal. Apresentação Pessoal	08	Todos
Biossegurança e Precauções Universais	08	Todos
Prevenção de Acidentes de Trabalho	08	Todos
Brigada de Incêndio	16	Brigadistas
Curso para Cipeiros	08	Cipeiros
Oficina de Humanização	08	Todos

Fundamentos de Enfermagem	04	Enfermagem
Administração de Medicações	04	Enfermagem
Curativos	04	Enfermagem
Gerenciamento de Risco	08	Enfermagem
Acolhimento e Classificação de Risco	16	Enfermagem
Planos de Contingência e Catástrofes	16	TODOS
Instrumentos Gerenciais	04	Todos
Estatística, Epidemiologia e Indicadores	04	SAME
Sistematização da Enfermagem	16	Enfermeiros
Qualidade	16	Todos

Noções básicas de controle de infecções em serviços de saúde

Conteúdo programático:

- História do Controle das Infecções Hospitalares
- Legislação Vigente
- Programa de Controle de Infecção Hospitalar
- Principais Agentes das Infecções Hospitalares
- Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares
- Tipos de Isolamentos e Precauções
- Principais Infecções Hospitalares
- Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares
- Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados
- Programa de Uso Racional de Antimicrobianos
- Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares
- Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares
- Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares - SINAIS
- Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos
- Limpeza, Desinfecção de Ambientes e Superfícies
- Investigação de Surto.

Noções básicas em saúde coletiva

Conteúdo programático:

- Aspectos históricos da promoção da saúde
- Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica
- Vigilância de doenças transmissíveis
- Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose

- Programas de Atenção Básica e Imunização
- Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS
- Doenças Crônicas
- Saúde da mulher, criança e adolescente
- Saúde do Idoso e Saúde Bucal

Noções básicas de administração

Conteúdo programático:

- O relacionamento interpessoal
- Financeiro / Cobrança / Custos
- Conhecimentos técnicos
- Atitudes Corretas no Trabalho
- Preâmbulo
- Dos deveres e Proibições
- Direitos
- Honorários Profissionais
- Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas
- dos deveres especiais em relação à classe
- infrações disciplinares
- das disposições finais
- Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa
- Conceitos de Gestão de Pessoas
- Agregando Pessoas
- Aplicando Pessoas
- Contratação do Trabalhador
- Folha de Pagamento
- Remuneração e Cálculos Trabalhistas
- Rescisão de Contrato de Trabalho

Auxiliar de almoxarifado

Conteúdo programático

- Estoque e Transporte de Materiais
- Noções básicas de almoxarifado, estoque, transporte de materiais
- Manual de Organização de Almoxarifados
- Descentralização do Almoxarifado e Utilização do Sistema Kanban
- Controle de Almoxarifado
- Funções do Auxiliar de Almoxarifado
- Noções de Estoque e Logística
- Competências Exigidas no Mercado
- Estratégias e Gestão de Logística

Noções básicas em vigilância epidemiológica

Conteúdo programático

- Bases Históricas
- Bases Conceituais
- Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias
- Doenças
- Acidentes por Animais Peçonhentos
- Ecossistema
- Conceito de Vigilância Epidemiológica
- História da Vigilância Epidemiológica
- Epidemiologia
- Mensuração das Doenças
- Incidência e Prevalência
- Coeficiente de Ataque
- Coeficiente de Mortalidade
- Elementos de Vigilância
- Mecanismos para Obtenção de Dados
- Controle de uma Epidemia
- Medidas de Tendência Central.

Portaria e controle de acesso

Conteúdo programático

- Controle de Acesso
- Segurança e Proteção Preventiva em Portaria
- Atendimento
- Porteiro Residente
- Sistemas de Comunicação
- Relacionamento Interpessoal
- Noções de Direito Penal
- Prevenção/ Combate a incêndios

Básico em atendimento e recepcionista hospitalar

Conteúdo programático

- Ética em Serviços de Saúde
- Qualidade em Serviços de Saúde
- Sigilo Profissional
- Terminologias em Serviços de Saúde
- O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças
- Recepções Hospitalares
- Relações Humanas na vida e no trabalho
- Administração de Conflitos

- Humanização na Saúde
- A Cortesia no Atendimento
- O Trabalho em Equipe
- Linguagem Corporal
- Etiqueta Profissional

Noções básicas de ética para profissionais de radiologia

Conteúdo programático

- Ética e Moral
- A Ética no Cotidiano
- Atendimento Ético a Pacientes
- Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas
- Ética em Saúde

Segurança e gerenciamento de crises

Conteúdo programático

- Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais
- Características da Segurança e Gerenciamento de Crises
- Doutrinas do Gerenciamento
- Critérios de Ação
- Classificação dos Graus de Risco
- Níveis de Resposta
- Cuidados Necessários
- Noções sobre Crises em Geral
- Como Agir e Gerenciar uma Crise
- Noções Sobre Segurança Pública

Básico de recepcionista

Conteúdo programático

- Introdução
- Perfil Ideal da Recepcionista
- Marketing Pessoal
- Etiqueta Social
- Ética Profissional
- Comunicação
- Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal
- Atendimento ao Cliente
- Qualidade de Atendimento ao Público
- Atendimento Telefônico

Gestão e fiscalização de contratos

Conteúdo programático

- Recomendação de Sindicância
- Recomendação de rescisão de contrato
- Modelo de Comunicação com o preposto
- Modelo de Comunicação com setores da Administração
- Modelo de Comunicação com terceiros
- Modelos de Registros
- Visita às instalações da empresa
- Serviço irregular
- Providências da empresa
- Solicitação de material
- Gestão e Fiscalização de contratos públicos
- Qualidade na Licitação
- Controle do recebimento do objeto

Princípios básicos de biossegurança

Conteúdo programático

- Recomendações Gerais
- Apoio à Biossegurança
- Objetivos do Documento
- Descrição das Responsabilidades
- Vestimenta e Equipamentos
- Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica
- Equipamentos de Proteção Individual
- Equipamentos de Proteção Coletiva

Noções básicas de limpeza hospitalar

Conteúdo programático

- Introdução: Limpeza Hospitalar
- Tipos de limpeza na área hospitalar
- Processos e procedimentos de limpeza
- Equipamentos e ferramenta de limpeza
- Máquinas
- Produtos
- Biossegurança
- Higienização das mãos
- Higiene pessoal
- Aparência
- Desenvolver uma boa limpeza
- Segurança.

Noções básicas de hemoterapia para enfermagem

Conteúdo programático

- *Estudo do Sangue e suas Características*
- *Hematologia básica*
- *Assistência de Enfermagem*
- *Metodologia da assistência de Enfermagem e Gestão*
- *Fundamentos em Hematologia*
- *Fundamentos para o cuidar em Hematologia*
- *Assistência de Enfermagem ao paciente e em quimioterapia*
- *Princípios e Práticas em Hemoterapia*
- *Contextualizando a hemoterapia*
- *Doação de sangue*
- *Hemocomponentes*
- *Terapia transfusional*
- *Procedimentos especiais em hemoterapia.*

Noções básicas de auxiliar de laboratório

Conteúdo programático

13.4.7.1 Espectrofotometria

13.4.7.2 Colorimetria

13.4.7.3 Trasmitância

13.4.7.4 Regras Básicas de Segurança

13.4.7.5 Permanência no laboratório

13.4.7.6 Manuseamento de produtos químicos

13.4.7.7 Procedimentos em caso de acidente

13.4.7.8 Classes de Fogos e Agentes Extintores

13.4.7.9 Histórico da cultura de células

13.4.7.10 Tipos de culturas

13.4.7.11 Células primárias, células estabelecidas e células transformadas

Noções básicas em auxiliar de hemodinâmica na radiologia

Conteúdo programático

- O Papel da Hemodinâmica na Radiologia
- História da Hemodinâmica
- Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico
- Radiologia Intervencionista - Desobstrução das Artérias
- Cateterismo Cardíaco
- Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica
- Reutilização de Produtos Médicos-hospitalares

Gestão de qualidade

Conteúdo programático

- Mudança de Paradigmas no Século XXI
- Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade
- Ciclo PDCA
- Ferramentas de Gestão de Qualidade
- Técnicas para Identificação de Pontos Fracos
- Projeção Futura de Negócios
- Ações para Aumentar a Competitividade
- Melhoria da Qualidade de Produtos e Serviços
- Sustentabilidade dos pequenos empreendimentos.

Gestão de recursos humanos

Conteúdo programático

- Estratégias Organizacionais e Competências Humanas
- Mapeamento de talentos
- Recrutamento e seleção
- Admissão do empregado
- Jornada de trabalho e Férias
- Encargos e Previdência Social
- Ética
- Mercado de trabalho e competências
- Ferramentas de recursos humanos

Procedimentos iniciais de biossegurança no combate ao COVID 19

Conteúdo programático

- Novo Coronavírus - Covid-19
- Registro e Coleta dos exames
- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19
- Precauções padrão
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19

Noções básicas de auriculoterapia

Conteúdo programático

- Metodologia e embriologia da orelha (morfologia, anatomia e embriologia da orelha)
- Fisiologia da aplicação do método (zonas específicas, potenciais de membrana, mecanismo de ação)
- Materiais e técnicas utilizadas (agulha, apongue, semente,esferas de ouro, feras de prata, esferas de metal, esferas de cristal, magneto, moxa ricula
- Métodos diagnósticos da orelha (exame da superfície auricular)
- Tipologia e constitucional chinesa (órgão choque, eixo energético)
- Principais patologias e protocolos de tratamento (ansiedade, artrites, asma, bursites, cefaléia, ciatalgia, bronquites, dismenorréia, obstipação inte
- Estudo dos pontos auriculares (localização anatômica na orelha).

Noções básicas de coleta de sangue e hemoterapia

Conteúdo programático

- Processo de Coleta de Sangue
- Técnicas de Coleta
- Materiais Utilizados
- Higienização em Postos de Coleta
- Hemoterapia e Coleta de Sangue
- Tipos Sanguíneos
- Captação e Triagem de Doadores de Sangue
- Coleta de Sangue e Coletas Especiais
- Processamento, Transporte e Estocagem
- Produtos Criopreservados
- Biologia Molecular e Transfusão.

Noções básicas de descarte de resíduos em farmácia hospitalar

Conteúdo programático

- Descarte de medicamentos
- Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável
- Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais
- Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10
- Resíduos advindos de área de isolamento
- Resíduos alimentares de área de isolamento
- Resíduos de laboratório de Análise Clínicas
- Resíduos de laboratórios de atendimento ambiental.
- Resíduos de sanitários de unidade de internação
- Descarte correto de Medicamentos vencidos
- Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.

Recomendações básicas sobre atendimento hospitalar em tempos de COVID 19

Conteúdo programático

- Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19
- Precauções padrão
- Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19
- Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies
- Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19
- Origem e História
- Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem

Noções básicas de fitoterapia

Conteúdo programático

- Introdução a Fitoterapia

- Conceitos e definições em Fitoterapia
- Biodiversidade e fitoterápicos
- Obtenção de matéria-prima para fitoterápicos
- Cultivo de plantas medicinais
- Colheita de plantas
- Desinfecção das plantas selecionadas
- Metabolismo vegetal

Noções básicas de cuidados a feridas

Conteúdo programático

- Procedimentos Básicos em Enfermagem
- Anatomia e Fisiologia da Pele
- Processo de Reparação Tissular
- Manual de Curativos
- Tratamento e Cicatrização de Ferimentos
- Fase Inflamatória
- Estado Imunológico
- Classificação das Feridas
- Fisiologia da Cicatrização
- Princípios Básicos para Realização de Curativos
- Fases do Processo de Cicatrização
- Fatores que Afetam a Cicatrização
- Técnica de Curativo

Introdução a fisioterapia aplicada a saúde da mulher

Conteúdo programático

- Modificações fisiológicas na gravidez
- Gravidez de alto risco
- Abordagem fisioterapêutica na gravidez de alto risco
- Fisiologia do exercício
- Avaliação fisioterapêutica durante o período gestacional
- Avaliação das funções dos músculos do assoalho pélvico e suas implicações na micção, defecação e atividade sexual
- Exercícios na gravidez
- Papel da fisioterapia nos diferentes níveis de atenção à saúde da mulher
- Aspectos nutricionais durante a gravidez

Noções básicas em naturopatia/terapia holístico

Conteúdo programático

- Anamnese e Ética Terapêutica

- Introdução ao Paradígma Holístico
- Introdução às Terapias Naturais e Holísticas
- Energia, Aura e Chakras
- Anatomia e Fisiologia Corporal
- Terapias Naturais
- Terapias Corporais
- Terapias Vibracionais
- Psicoterapia Holística
- Terapias Orientais

Noções básicas de terapias florais de bach

Conteúdo programático

- Terapia Floral de Bach
- Terapia Floral de Bach, em sua origem e fundamentos
- O Método da Terapia Floral
- Essências florais
- Aplicação prática
- A terapêutica floral e sua abrangência
- Florais para o medo, insegurança e solidão
- A terapia floral como medicina alternativa

Noções básicas em cromoterapia

Conteúdo programático

- Cromoterapia: uma reflexão sobre alguns aspectos
- As duas teorias: atração e aversão. O equilíbrio energético pela cor
- O funcionamento das cores.
- As duas teorias: atração e aversão
- A cores e a alma
- O sistema nervoso

Todos os Treinamentos e capacitações serão avaliados pelos participantes e a performance e desempenho dos profissionais após realização dos treinamentos e capacitações serão realizadas através de:

• Avaliação escrita: aplicada logo após a realização do curso ou capacitação

• **Avaliação de Eficácia e resultados:** aplicada após 90 dias do término do treinamento, pelo superior, não podendo ultrapassar 15 dias e preenchido pelo responsável pela área solicitante. A eficácia dos treinamentos (média baixo de

5) o serviço deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva a ser tomada a fazer o registro.

• **Avaliação de Comportamento no Trabalho:** Visa identificar mudanças de comportamento que geram desempenho no trabalho, mostra o impacto dos programas de treinamento em relação à aderência ao que foi ensinado, se está sendo aplicado na prática do serviço desenvolvido. Esse método de avaliação identifica através da busca em prontuários e auditoria.

MANUAL DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Na sequência é apresentado o Manual de Educação Permanente, o qual norteará as ações pertinentes.

INTRODUÇÃO

A educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas. É um elemento importante no funcionamento de qualquer instituição, com o objetivo de adequações de funções para melhorar a eficiência e qualificação dos colaboradores, a competência profissional e o nível de satisfação do usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. Entende que auxilia no desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços através do desempenho do pessoal.

Assim, para minimizar e qualificar as deficiências encontradas no ambiente de trabalho, foi proposto à implementação da educação permanente em saúde, que tem por desafio:

Mobilizar os profissionais de enfermagem para resgatar a concepção voltada para o desenvolvimento de suas práticas;

Orientar e educar, identificar as necessidades das equipes de enfermagem que atuam nos diferentes setores para minimizar as deficiências de mão-de-obra;

Realizar treinamentos teóricos e práticos nos setores com os enfermeiros e técnicos de enfermagem para exercício diário de aprimoramento técnico/prático, para que os mesmos aperfeiçoem seu processo de trabalho (tomada de decisão, liderança, supervisão, habilidades, flexibilidade e trabalho corpo-a-corpo);

Ao admitir novos colaboradores será realizada a integração dos mesmos na instituição pelo enfermeiro da educação continuada, onde após a contratação será realizado prioritariamente a apresentação da área física da instituição como um todo, posteriormente irá ser entregue o cronograma de ambientação nos setores Unidade de Internação (Médica Cirúrgica, Pediátrica e Gineco-Obstétrica), Centro Cirúrgico, Central de Materiais Esterilizados(CME), Urgência/Emergência, Ambulatório, Unidades de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrica e Neonatal e Nefrologia), contendo a data e horário.

DO CRONOGRAMA E METODOLOGIA

O cronograma contemplará a programação das aulas teóricas e práticas tanto das aulas teóricas quanto das aulas práticas;

Aulas teóricas: serão ministrados conteúdos em sala de aula. Antes do início de cada aula será realizado pré-
teste para avaliação do conhecimento relacionado ao
assunto a ser estudado, e no final de cada aula será realizado o pós-
teste para avaliar se adquiriram conhecimento suficiente para executarem suas tarefas no dia-a-dia, de forma que visem o desenvolvimento do serviço nas unidades assistenciais;

Aulas práticas: o enfermeiro da educação continuada irá acompanhar monitorizar, direcionar e explicar os procedimentos realizados nos setores. Os nov os colaboradores estarão sendo avaliados durante a realização dos procedimentos técnicos relacionados à assistência. Estarão sendo observados quanto ao seu processo de desenvolvimento conhecimento, habilidades e comunicação no trabalh o, para que possam:

ser avaliado os resultados;

adquirir o desenvolvimento da capacidade técnica;

conhecer o seu perfil do colaborador;

observar a qualidade no atendimento ao usuário;

identificar os problemas, diagnosticando a necessidades de mudança;

detectar formas alternativas para a correção de falhas;

proporcionar “feedback” aos funcionários sobre o seu desempenho.

As **formas de avaliação:** Descrever a sistemática de prova no início de cada plantão

Os colaboradores novos serão avaliado no período dos 40 e 85 dias pelo enfermeiro da educação continuada junto com o enfermeiro assistencial do setor, através do *Formulário de Avaliação de Desempenho Técnico/Prático de Enfermagem/multiprofissional/administrativos*

Durante o período de experiência na unidade assistencial, o enfermeiro da área deverá realizar o acompanhamento do novo colaborador, e informar ao enfermeiro da educação continuada qualquer dificuldade que o novo colaborador esteja enfrentando.

O enfermeiro da educação continuada passará a acompanhar o novo colaborador para identificar possíveis fragilidades que deverão ser trabalhados ainda no período de experiência.

Todas as informações relacionadas ao acompanhamento do colaborador, em período de experiência, deverão ser registradas no formulário de desempenho técnico/prático de enfermagem;

Ao completar 60 dias será realizada uma prova teórica, para avaliar o conhecimento básico, teórico, prático e gerencial que o colaborador adquiriu no período de experiência;

Durante a avaliação de 85 dias, o enfermeiro da educação continuada emite o parecer liberando ou não o colaborador para assumir as atividades nas unidades assistenciais;

Caso o colaborador não esteja apto ao desempenho das atividades em 90 dias, o enfermeiro da educação continuada e o enfermeiro responsável pela área de trabalho do novo colaborador deverão finalizar a avaliação procedendo ao desligamento do avaliado. Ainda, de acordo com a avaliação de ambos os enfermeiros, haverá situações em que o novo colaborador poderá apresentar deficiências que poderão ser trabalhadas após 90 dias de experiência, para estes casos deverá ser aberto um plano de ação para capacitação do novo colaborador.

Este será liberado para as atividades nas unidades somente após avaliação e registro do enfermeiro da educação continuada e após a execução do plano de ação;

A avaliação será encaminhada ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) para registro e acompanhamento.

ANEXOS

- Manual do aluno estagiário
- Modelos de certificado

MANUAL DO ALUNO ESTAGIARIO

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. INTRODUÇÃO
3. REGULAMENTO
4. PERGUNTAS FREQUENTES

5. CONTATO

APRESENTAÇÃO

O ***INSTITUTO CEM*** tem a honra e a satisfação de entregar aos estudantes de graduação e aos docentes, o Manual de Estágio, produzido pela equipe do setor da qualidade do ***INSTITUTO CEM***. A partir do trabalho cuidadoso e laborioso produzido pelo grupo, os estudantes e docentes poderão obter orientações sobre os direitos e os deveres dos estagiários; conhecer os documentos que são necessários para exercer o papel de estagiário em Instituições públicas; quais os modelos de termos de compromissos de estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios, a Lei de Estágio e as diretrizes básicas para a realização desses estágios, dentre outras informações importantes para os interessados.

Este Manual foi pensado cuidadosamente para dar respostas claras, objetivas aos alunos e professores que farão uso dos espaços de saúde pública e ou privadas gerenciados pela organização social ***INSTITUTO CEM***. Com a expansão crescente da busca de estágios pelos alunos e de estagiários pelas empresas, torna-se necessário dar acesso a formas práticas, fáceis e possíveis de se obter informações e oportunidades de esclarecimentos de dúvidas frequentes, que foram acumuladas pela equipe da gestão da qualidade nos últimos anos. Dessa forma, o ***INSTITUTO CEM*** se moderniza e consegue oferecer o que há de mais atual nesse encontro entre o setor da qualidade e seu produto essencial: o aluno, o professor e o seu campo de estágio. Esperamos que este Manual possa contribuir para o encontro de conceitos básicos para a formação de alunos e a compreensão de que, a partir desses espaços, possam ser aprimorados a ética, a disciplina e os valores sociais universais a serem oportunizados à nossa sociedade. Que cada estágio vivenciado pelos alunos, num encontro entre teoria adquirida em sala de aula e a prática vivenciada e experimentada em campo, possa ser um propulsor de novos talentos e profissionais comprometidos com o desenvolvimento social, justo e equitativo.

Jeziel Barbosa Ferreira

Presidente INSITUTO CEM

INTRODUÇÃO

O Manual de Estágios do ***INSTITUTO CEM*** foi elaborado para orientar alunos e professores sobre informações gerais acerca de Estágios. Atualmente, o ***INSTITUTO CEM*** está presente na gestão das unidade de saúde da SES/GO: Policlínica Regional de Posse, Goianésia e Quirinópolis E no hospital Estadual de Jaraguá – HEJA. Com o objetivo de disciplinar o Programa de Estágio Curricular Supervisionado em todas as unidades geridas pelo ***Instituto CEM***, foi criada esse manual de orientação de Estágios, vinculada ao NEPE de cada unidade de saúde, a qual é responsável pela articulação, agenciamento e formalização dos estágios obrigatórios e não obrigatórios junto a SES/GO. O estágio é comumente realizado por estudantes regularmente matriculados nos cursos de nível técnico, tecnológico, graduação e pôs graduação, instituições públicas, visando o aprimoramento profissional na sua área de estudo. Para isso, é celebrado um convênio entre a escola, faculdade, universidade e a SES/GO (concedente) e, posteriormente, um Termo de Compromisso de Estágio entre o estudante e a concedente, com a interveniência do ***INSTITUTO CEM***, que deve zelar para que o contrato seja cumprido fielmente.

A função do estágio é oferecer aos estudantes o conhecimento prático das funções profissionais, possibilitando que estes tenham um contato empírico com os conteúdos

teóricos que lhes são passados em sala de aula. Esse contato é de grande importância para a consolidação do processo de ensino e aprendizagem. Desenvolver uma formação acadêmica associada ao contexto real de atuação possibilita a construção do conhecimento cientifico através da vivência de situações práticas. No estágio, o estudante tem a oportunidade de ter contato direto com a realidade profissional específica, aproximando sua formação conceitual às características de sua comunidade. O estágio é um dos momentos mais importantes para a formação profissional do aluno. É através dessa atividade que este tem oportunidade de entrar em contato direto com a realidade profissional na qual será inserido, além de concretizar pressupostos teóricos adquiridos pela observação de determinadas práticas específicas e do diálogo com profissionais mais experientes. Os Estágios nas unidades geridas pelo ***INSTITUTO CEM*** seguem os ditames da Lei nº 11.788 de 2008 (cópia em anexo), conhecida como Lei do Estágio e dos contratos de gestão firmados entre o ente público/privado e o ***INSTITUTO CEM***.

A seguir apresentam-se os direitos e obrigações da Instituição de Ensino, do Aluno Estagiário e da SES/Go e ***INSTITUTO CEM*** Concedentes do Estágio.

QUAIS AS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO?

São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos (Lei nº 11.788/2008, Art. 7º):

• celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluta ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

• avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;

• indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

• exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;

• zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

• elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;

• comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

• exigir o plano de atividade do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do Art. 3º desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivo à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante (Lei nº 11.788/2008, Art. 7º, parágrafo único).

• celebrar termo de compromisso de estágio entre a concedente e o aluno, o qual será assinado pelo Reitor ou outrem por ele designado, pelo(a) estudante estagiário(a) e pelo representante da parte concedente.

• Contratar seguro contra acidentes pessoais em caso de estágio obrigatório (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso IV)

• celebrar Termo de Convênio entre a instituições de ensino e a SES/Go e o ***INSTITUTO CEM***, com definição de Plano de Trabalho. A celebração de convênio de concessão de estágio entre a instituição de ensino e a parte concedente não dispensa a celebração do termo de compromisso (Lei nº 11.788/2008, Art. 8º, parágrafo único).

QUAIS OS DIREITOS E DEVERES DO ESTAGIÁRIO?

• O estudante deve estar devidamente matriculado e com frequência efetiva no curso ao qual está vinculado;

• As atividades que serão desenvolvidas no estágio devem ter relação com o curso que o estudante realiza na instituição de ensino (Lei nº 11.788/2008 – Art. 10º);

• O estudante só poderá estagiar até o limite de 6 (seis) horas diárias e 30(trinta) horas semanais (Lei nº 11.788/2008 Art.10º inciso II), podendo o aluno estagiar até 40 (quarenta) horas semanais desde que não tenha programadas aulas presenciais e esteja previsto no projeto pedagógico do curso (Lei nº 11.788/2008 Art. 10º § 1º);

• A duração do estágio não obrigatório (voluntário) será de no mínimo 4 (quatro) meses e no máximo 2 (dois) anos, na mesma parte concedente, em conformidade com a (Lei nº 11.788/2088 Art. 11º) e (Lei 9.608/98 de 19/02/1998);

• O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo compulsória a sua concessão, bem como a do auxílio transporte, na hipótese de estágio não obrigatório (Lei nº 11.788/2008 Art. 12º);

• É assegurado ao estagiário, sempre que o estágio (voluntário) tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias (Lei nº 11.788/2008 Art. 13º). O recesso deverá ser remunerado, quando o aluno receber bolsa ou outra forma de contraprestação. Os dias de recesso previsto neste artigo, nos casos de o estágio ter duração inferior a 1(um) ano devem ser proporcionais (Lei nº 11.788/2008 Art. 13º § 1º e 2º.

• Nos períodos de avaliação, a carga horária do estágio poderá ser reduzida pelo menos à metade (Lei nº 11.788/208 Art. 10º § 2º);

• Alunos estrangeiros podem fazer estágios obrigatórios e não obrigatórios (voluntários) desde que o prazo do visto temporário de estudante seja compatível com o período previsto para o desenvolvimento das atividades (Lei nº 11.788/2008 Art. 4).

• É assegurado às pessoas portadoras de deficiência, o percentual de 10% (dez) por cento das vagas de estágio não obrigatório (voluntários) oferecidas pela parte concedente (Lei nº 11.788/2008 Art. 17º § 5º).

• Durante a vigência do estágio curricular supervisionado não obrigatório (voluntario), o estudante estagiário apresentará, no início de cada semestre letivo, o comprovante de matricula.

- É obrigação do aluno em estágio obrigatório e ou não obrigatório (voluntário) o cumprimento integral do *regimento interno* de cada instituição de saúde gerenciada pelo ***INSTITUTO CEM.***

- É obrigação do aluno manter postura ética disciplinar durante o período do estágio das unidades geridas pelo ***INSTITUTO CEM;***
- Não é permitido uso de adornos e roupas impróprias dentro da unidade assistencial de saúde;
- E obrigatório o uso de crachá de identificação em todo o percurso do estágio nos espaços da unidade assistencial.

OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE

• Celebrar termo de compromisso com a instituição de ensino e o educando, zelando por seu cumprimento (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso I);

• Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10(dez) estagiários simultaneamente (Lei nº 11.788/2008 Art. 9º inciso III);

• Enviar relatório de atividades para a instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses (Lei nº 11.788/2008 Art. 9° inciso VII).

4. PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE ESTÁGIOS NAS UNIDADES GERIDAS PELO INSTITUO CEM

4.1. **O Que é um Estágio?**

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, realizado por estudantes matriculados e efetivos das instituições de ensino junto a pessoas jurídicas de direito privado, ONGs, órgãos da administração pública e instituições de ensino. O estágio se configura como uma excelente oportunidade de desenvolvimento de atividades relacionadas às respectivas áreas de formação profissional dos estudantes.

4.2. **Qual é a Finalidade de um Estágio?**

Propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem realizados na instituições de ensino. As atividades do estágio devem estar coerentes com os currículos, programas e calendários escolares/universitários, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e relacionamento humano.

4.3. **Quais São as Modalidades de Estágios no *INSTITUTO CEM*?**

De acordo com a Lei nº 11.788/2008, Art. 1º, §1º e §2º, existem duas modalidades de estágios: a) Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. Nessa modalidade de estágio, o estudante se matricula em componente curricular específico de estágio do seu curso, sendo de responsabilidade da Coordenação do Curso assegurar a matrícula e orientação didática. As normas que regem essa modalidade de estágio são definidas pela instituição de ensino.

b) Estágio Curricular Supervisionado Não Obrigatório (voluntário) é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória. Esta modalidade de estágio também tem um aspecto profissionalizante, direto e específico, sendo

conduzido a partir de interesse do estudante por uma vivência adicional junto ao mercado de trabalho. Esta modalidade segue as normas definidas na Lei 9.608/98 de 19/02/1998;

4.4. **Quem Pode Contratar Estagiário?**

As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquicas e fundacional de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Também os profissionais de nível superior, devidamente registrados em seus respectivos conselhos, podem oferecer estágios (Art. 9º da Lei nº 11.788/2008). Os setores acadêmicos ou administrativos das instituições de ensino poderão receber estudantes para vivências curriculares, como estágio obrigatório e não obrigatório. O primeiro passo é verificar se a unidade concedente possui convênio vigente com a instituição de ensino e se está vigente as modalidades mencionadas no texto.

É importante destacar que o estágio não gera vínculo empregatício desde que cumpra o que determina o Art. 3º da Lei nº 11.788/2008. O descumprimento de qualquer dos incisos deste artigo ou de qualquer obrigação contida no Termo de Compromisso Obrigatório ou Não Obrigatório caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária (Lei nº 11.788/2008, Art. 3º, § 2º).

4.5. **O Que Deve Constar no Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório, Não Obrigatório e Coletivo?**

É obrigação das instituições de ensino celebrar termo de compromisso com os dispositivos seguintes (Lei nº 11.788/2008):

4.5.1. Termo de compromisso de estágio não obrigatório (voluntário): Os termos de compromisso de estágio não obrigatório devem ser impressos em 3 (três) vias e encaminhados para o setor da qualidade do **INSTITUITO CEM** para assinatura. Cada uma das vias deve ser assinada por representante da concedente, pelo aluno;

4.5.2. **No termo de compromisso devem constar as seguintes informações:**

• Dados da empresa;

• Dados do estagiário;

• Dados do professor orientador;

• Dados do supervisor da unidade concedente;

• Horário e período de realização do estágio;

• Valor da bolsa ou outra forma de contraprestação acordada (se assim estiver);

• Seguro contra acidentes pessoais a ser contratado pela concedente;

• Histórico e comprovante de matrícula (apenas uma via);

• Plano de atividades assinado pelo Professor orientador, pelo aluno e pelo Supervisor da concedente.

4.5.3. **Termos de compromisso de estágio obrigatório:**

Os termos de compromisso de estágio obrigatório devem ser impressos em 3 (três) vias e encaminhados para a escola de saúde pública (SES/GO) para assinatura. Cada uma das vias

deve ser assinada pelo representante da concedente, pelo aluno e uma cópia será entregue no NEPE de cada unidade de saúde. Que for realizar o estágio. O termo de compromisso será o modelo padrão da SES/GO.

4.6. **O que é o Termo de Responsabilidade?**

Quando os setores acadêmicos das instituições de ensino receberem estudantes para vivências curriculares (como estágio obrigatório e não obrigatório), será necessário celebrar Termo de Responsabilidade entre as unidades envolvidas, devidamente acompanhado do Plano de Trabalho.

4.7. **O Estágio Pode Começar Mesmo Sem Que a Documentação Esteja Completa?**

Não. O estudante só poderá iniciar o estágio depois que toda a documentação relacionada ao convênio e ao termo de compromisso estiver devidamente regularizada e assinada, evitando problemas para si e para a empresa onde estiver estagiando.

4.8. **O que Pode Impedir ou Interromper a Realização do Estágio?**

A situação escolar do estudante: conclusão ou abandono do curso, e trancamento de matrícula são eventos que interrompem a realização do estágio, impedindo a sua continuidade, pois descaracterizam a condição legal de estagiário, podendo gerar vínculo empregatício. 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 (Lei n° 11.788/2008 Art. 9º inciso V).

4.9. **Todo Estágio é Remunerado?**

Não. Alguns estágios não são remunerados. Outros podem oferecer uma bolsa em dinheiro ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada para os estudantes (Lei n° 11.788/2008, art. 12º). No caso dos estágios obrigatório e vedado a concessão de bolsa ou outra forma de contraprestação. A bolsa em dinheiro, paga diretamente pela empresa ou por meio do Agente de Integração, não precisa obedecer ao salário mínimo. A finalidade do pagamento de uma bolsa em dinheiro ao estagiário é permitir ao estudante a cobertura parcial de suas despesas escolares e de outras, decorrentes do estágio não obrigatório (voluntario)

4.10. **Como um Aluno Pode Comprovar a Realização de um Estágio?**

O principal documento que comprova a realização de um estágio é o termo de compromisso de estágio devidamente assinado pela empresa, pelo estagiário e pela instituição de ensino o qual pertence. Além do termo de compromisso de estágio, é possível solicitar uma declaração de realização de estágio junto à instituição de ensino.

4.11. **Onde eu Posso Obter mais Informações Sobre os Estágios no *INSTITUTO CEM*?**

Entrando em contato com o ***INSTITUTO CEM***:

• No endereço: Av. Deputado Jamel Cecílio, 2492, qd B22, Lt.4E, sala 26-A ed. New Business, Jd Goiás

• Através dos telefones: (62) 3922-5225;

• Pelo e-mail: contato@institutocem.org.br;

• Acessando o site www.institutocem.org.br

Obrigado e Bons estudos!!

14 POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO

14.1 Da Gestão Do Trabalho E De Pessoas

Obrigações do Instituto CEM:

- O **INSTITUTO CEM** deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.
- O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.
- O **INSTITUTO CEM** deverá disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.
- O **INSTITUTO CEM** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.
- O **INSTITUTO CEM** deverá constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.
- O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar que a unidade sob seu gerenciamento desenvolva uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.
- O **INSTITUTO CEM** deverá disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.
- O **INSTITUTO CEM** deverá informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.
- O **INSTITUTO CEM** deverá adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.
- O **INSTITUTO CEM** deverá fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

- O **INSTITUTO CEM** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.
- O **INSTITUTO CEM** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.
- A remuneração dos membros da Diretoria do **INSTITUTO CEM** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.
- O **INSTITUTO CEM** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo- lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO.**
- O **INSTITUTO CEM** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.
- O **INSTITUTO CEM** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.
- O **INSTITUTO CEM** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO.**
- O **INSTITUTO CEM** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.
- É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **INSTITUTO CEM**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.
- É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3° (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **INSTITUTO CEM**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.
- O **INSTITUTO CEM** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade .
- Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **INSTITUTO CEM** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

Obrigações do Parceiro Público:

- Em relação aos recursos humanos da Unidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **INSTITUTO CEM** descritos no Quadro 01, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.
- **PARCEIRO PÚBLICO poderá** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **INSTITUTO CEM** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.
- Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- A dedução será devida no valor correspondente aos custos inerentes a contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **INSTITUTO CEM** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

SERVIDORES PÚBLICOS CEDIDOS

Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **INSTITUTO CEM** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **INSTITUTO CEM**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

- Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **INSTITUTO CEM**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.
- O **INSTITUTO CEM** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

Quantidade de servidores estatutários cedidos ao POLICLÍNICA REGIONAL UNIDADE GOIÁS	
CARGOS	**Total de Servidores cedidos**
Não constam servidores cedidos a unidade	**0**
Fonte: RHNet Ref: Dez/2020 / Site: https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia Ref: 01/02/21	

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

14.2.1 Da Política De Recursos Humanos

A proposta para uma política de recursos humanos deve ser pautada na modernização e melhoria da base organizacional do sistema de recursos humanos, bem como adotar os princípios da educação continuada nos programas de capacitação e qualificação dos colaboradores; recompor e manter o quadro de pessoal em adequadas condições de formação e atualização profissional, como suporte essencial aos objetivos de melhoria continua da vida e, melhorar e modernizar as condições de trabalho.

14.2.2 Objetivos

- ✓ Atrair e reter talentos com programas de reconhecimento e valorização interna promovendo a satisfação pessoal e profissional.
- ✓ Apoiar e facilitar os processos de mudança organizacional e de gestão de pessoas otimizando o crescimento organizacional.
- ✓ Apoiar a equipe gerencial orientando, desenvolvendo e acompanhando os processos de gestão de pessoas sempre com o foco no direcionamento estratégico corporativo.
- ✓ Promover a e o treinamento dos colaboradores, preparando-os para o alcance efetivo dos resultados organizacionais, buscando construir uma instituição de alta performance e socialmente responsável.
- ✓ Garantir condições adequadas de saúde e segurança dos colaboradores visando o seu bem estar pessoal e profissional

14.2.3 Estratégia Para A Gestão De Pessoal

Acreditamos que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da empresa, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes e comportamentos, para a realização de um trabalho de excelência e uma convivência harmoniosa entre todos.

O capital humano tem sido cada vez mais valorizado pelas organizações, pois elas entenderam que devem oferecer o suporte necessário para que essas pessoas desenvolvam novas aptidões e aperfeiçoem características que já possuem.

As pessoas dentro das organizações que tiverem oportunidade de progressão, vão poder dar o melhor de si, originando resultados positivos para a empresa em questão.

De uma forma geral, mudanças acontecem o tempo todo, nos negócios não é diferente. Diante disso, a área de Gestão de Pessoas tem como uma de suas principais funções aperfeiçoar constantemente, não só as suas ações, mas também os processos organizacionais internos, para que assim os colaboradores estejam sempre preparados para atender às demandas do mercado e, assim, garantir que a empresa alcance os resultados extraordinários que almeja.

Dentro de uma empresa é preciso que haja sempre coesão entre as ações de todos os departamentos e equipes que a compõem. Este processo é essencial, pois é através dele, ou seja, desta integração, que se torna possível preparar os profissionais, bem como a organização como um todo, para trabalhar com excelência e, assim, atingir as metas e objetivos propostos.

Uma boa gestão dos elementos de uma organização causa um crescimento contínuo, onde todos contribuem para um ambiente de eficiência e eficácia.

De outro lado, a gestão de pessoas no setor público possui algumas particularidades. Ao contrário do que acontece no setor privado, onde o gestor pode contratar indivíduos que apresentem características vantajosas para a organização, no setor público, a lei exige que as contratações sejam feitas mediante concursos públicos.

É por esse motivo que no âmbito do setor público ações de desenvolvimento profissional são cruciais, pois os elementos podem aprender a progredir na carreira, e não aprendem só a cumprir as suas funções atuais de forma mais eficaz.

A área de gestão de pessoas tem a responsabilidade de exercer práticas de gerenciamento, planejamento, avaliação e recompensas, criando e mantendo um ambiente profissional e positivo na organização.

Por se tratar de uma unidade onde haverá empregados com vínculo público e celetistas, a gestão das pessoas se baseará na valorização da pessoa, posto que a valorização e ascensão profissional estarão vinculadas ao quadro de carreira, no caso do colaborador estatutário.

14.2.4 A 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.

O apoio da sociedade se conquista a partir de um relacionamento franco, o que implica na qualidade da prestação do serviço.

Esta ação se dará por meio da identificação das necessidades locais e pelo desenvolvimento de ações e campanhas voltadas para o interesse social, demonstrando que a POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS integra a cidade de GOIÁS, contribuindo efetivamente no encaminhamento da solução de seus problemas.

14.2.5 Recrutamento E Seleção

A unidade contará com O INSTITUTO CEM para identificar perfis e competências profissionais necessários à recomposição e/ou ampliação de quadros para rede municipal de saúde, de acordo com as exigências e determinações legais. Dependendo das necessidades e das disposições da saúde municipal, faremos a seleção de profissionais, a partir dos objetivos e da concepção da gestão municipal. A situação local definirá o melhor critério de seleção (viável e satisfatório); a remuneração deve ser objeto da política municipal aplicável em cada caso. Os desligamentos/demissões são sempre norteados por critérios técnico-administrativos, conforme legislação vigente.

14.2.6 Formação Continuada

O INSTITUTO CEM se responsabiliza pela qualificação dos quadros que selecionar. Tal processo apresenta um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas e garantir a capacidade resolutiva das equipes.

Diante da necessidade de manter os processos de educação permanente, também realizamos, no cotidiano dos serviços, outras atividades de qualificação não formalmente constituída em cursos ou treinamentos e igualmente relevantes. Realizamos, nas rotinas de trabalho, orientações e supervisão de atividades, dirigidas a especificidades técnicas de cada área profissional, de modo a ajudar na capacitação em serviço da oferta de atendimento de qualidade à população.

14.2.7 Das estratégias sobre clima organizacional

Uma nova cultura deverá ser implementada, onde os colaboradores serão valorizados minimizando os conflitos. Deve-se privilegiar a gestão compartilhada, entre os entes Estatutários e Celetistas, sempre com fito na melhor prestação de serviços para os Usuários do SUS.

Existem algumas estratégias clássicas para a implementação de mudanças de clima e de cultura organizacional, tais como:

- tratar os empregados como ativos valiosos;
- fornece oportunidades para o crescimento e desenvolvimento, e
- clarificar papéis e responsabilidades;
- Construção, disseminação e sustentação da cultura organizacional;
- Buscar formas de aperfeiçoar todos os processos internos constantemente;
- Elaborar planos de desenvolvimento dos colaboradores;
- Incentivar a obtenção de conhecimento;
- Fortalecer a integração entre as áreas;
- Resolução de conflitos;
- Comunicação assertiva com os colaboradores;
- Recrutamento e seleção;
- Implantar e obedecer a política de recursos humanos do Instituto CEM.

Acreditamos que a importância desse tema na unidade Hospitalar se dê pela característica de que cada profissional da empresa tem personalidades, ambições e passados diferentes, por isso, a equipe de gestão de pessoas deve estar preparada para um papel além de um simples mediador.

A área deve exercer:

- Resolução de conflitos;
- Cuidar dos interesses dos funcionários;
- Estar atento a quaisquer fatores que ameacem o desenvolvimento de tarefas;
- Garantir de que todos estejam felizes e motivados dentro da organização, resultando no crescimento contínuo da mesma.
- Equipe de trabalho.
- Programa de Treinamento mensal

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com

- salários adequados as leis e normas, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.
- Em uma gestão moderna, como a que será implantada na POLICLÍNICA

REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH: Valores Humanos.

- Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

14.2.8 Pesquisa Periódica de Clima Organizacional Avaliações de Desempenho

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em fomo do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos empregados quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na contratação de pessoas mais adequadas, motivação, promoção, treinamento e desenvolvimento e norteia ainda, o processo de demissão. Para o funcionário, um feedback adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação e reconhecimento, pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a empresa.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar , isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constitui em um benefício para a organização que - deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento a satisfação traz maior produtividade e qualidade -dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e o seu colaborador e este instrumento visa alinhar: os seguintes fatores: conhecimento do trabalho; produção e rendimento do, trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O colaborador também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerência participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os colaboradores e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6 meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada colaborador, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação,

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e colaborador no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o colaborador compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do colaborador o seu plano de desenvolvimento profissional-em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O colaborador também terá uma efetiva participação neste processo, pois o mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como o seu colaborador percebe a sua gestão.

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.

14.2.9 Formulário de Registro De Feedback

REGISTRO DE FEEDBACK		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome		
Lotação:	Vinculo:	Turno:
INSTRUÇÕES		
O feedback é um processo estruturado onde chefia e colaborador discutem o desempenho, o plano futuro de desenvolvimento e estabelecem acordos. Deverá descrever com termos claros e objetivos o que se espera do colaborador; Aspectos Positivos: devem ser elencados, destacando comportamentos, ações e demais resultados que revelam o mérito do colaborador no período. Aspectos Críticos: referem-se aos diferentes aspectos comportamentais, de desempenho e de competências que devem ser melhorados. Plano de Melhoria mostra quais estratégicas podem ser adotadas para desenvolver quaisquer aspectos identificados nos aspectos críticos		
Aspectos Positivos:		

Aspectos Críticos:	
Plano de Melhoria/Prazo de Conclusão:	
Proposta de Plano de Desenvolvimento Individual apresentado ao avaliado ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
Observação do Colaborador:	
DATA:	DATA:
_____ Assinatura do Colaborador	_____ Assinatura do Avaliador
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	
DATA:	_____ Gerência de Desenvolvimento de Pessoas

Identificação do Formulário	Armazenamento/ Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte

Programas da Política de Recursos Humanos

Sumário

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO DOS COLABORADORES 2361
APRESENTAÇÃO 2361
OBJETIVOS 2362

JUSTIFICATIVA 2362
PÚBLICO-ALVO 2363
AÇÕES 2363
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA 2368
DISPOSIÇÕES GERAIS 2368
REFERÊNCIAS 2368
PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL DOS COLABORADORES 2386
APRESENTAÇÃO 2386
OBJETIVOS 2386
JUSTIFICATIVA 2387
PÚBLICO-ALVO 2388
AÇÕES 2388
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA 2392
DISPOSIÇÕES GERAIS 2393
REFERÊNCIAS 2393
PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS COLABORADORES ..2370

14.2.10 Programa De Acolhimento Dos Colaboradores

14.2.10.1 APRESENTAÇÃO

O novo colaborador inicia suas funções na Unidade de saúde desconhecendo, sobretudo, a missão, a visão e a estrutura organizacionais , além de desconhecer também os processos de trabalho já ali 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.

Para o Ministério da Saúde a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Constitui-se como valores norteadores dessa política a autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009)

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para a melhor integração dos novos colaboradores à Unidade que, será traçado neste programa, estratégias de acolhimento para o colaborador que inicia suas atividades nesta Instituição Hospitalar, 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.

14.2.10.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações que facilitem o acolhimento do novo colaborador à Policlínica, possibilitando ao profissional 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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I - promover o acolhimento e integração dos colaboradores;

II - buscar uma melhor relação entre colaborador 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 colaborador à equipe de trabalho.

14.2.10.3 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a forma como a instituição recebe seus novos colaboradores 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 colaboradores, 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 colaboradores 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 colaborador, 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 colaborador o sentir-se parte integrante e responsável pelo seu fazer e de seu local de trabalho auxiliando na maior assertividade do processo seletivo.

14.2.10.4 PÚBLICO-ALVO

Colaboradores recém-admitidos de todos os vínculos que desempenharão suas atividades na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.2.10.5 AÇÕES

O Programa de Acolhimento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverá ser implementado nas seguintes linhas de ação:

ACOLHIMENTO INICIAL

Finalidade

Receber o colaborador e fornecer informações iniciais relevantes sobre a Instituição da qual passa a fazer parte.

Responsáveis

Gerência de Desenvolvimento de Pessoas em parceria com o SESMT (Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho) local, gerência da área de atuação do novo colaborador, Gerência de Pessoal e Gerência de Nutrição.

Atribuições de cada setor

Gerência de Desenvolvimento de Pessoas

a) apresentar ao colaborador informações iniciais relevantes sobre a Instituição, suas normas e diretrizes de forma objetiva e sucinta;

b) apresentar ao recém-admitido para ciência, termo de comprometimento e recebimento do kit acolhimento(Anexo 1): a)Regulamentação de Trabalho; b) Normas Gerais de Funcionamento c) Folders explicativos: NR32 e Ergonomia e bloco de anotações; d)descrição do cargo que ocupará e carta de orientação sobre o acesso eletrônico ao seu Perfil de Competências exigidas;

c) responsável pelo encaminhamento do colaborar ao gerente de sua área de atuação e ao SESMT local.

SESMT local

a) responsável em fornecer informações inerentes à NR 32 e demais temas inerentes à Segurança e Medicina no trabalho.

gerência do setor de lotação (chefia imediata)

a) responsável na habituação, orientação e acompanhamento do colaborador 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 colaborador recém-admitido, contemplando os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas adotadas em cada setor.

Gerência de Pessoal

a) responsável pela conferência da documentação necessária para a instrução do dossiê funcional e pelos cadastros biométricos para o acesso à Unidade.

Gerência de Nutrição

a) responsável pela realização do cadastro biométrico de acesso ao refeitório e normas referentes ao acesso.

14.2.10.6 TREINAMENTO INTRODUTÓRIO FUNCIONAL

14.2.10.7 Finalidade da ação

Proporcionar aos novos colaboradores conjuntos de orientações que objetivem promover a integração ao seu contexto de trabalho, instrumento desenvolvido para auxiliar os colaboradores na assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

14.2.10.8 Responsável

Ação implementada pela Gerência de Desenvolvimento de Pessoas.

14.2.10.9 Recepção ao evento

Os novos colaboradores receberão cartão de boas-vindas com a descrição da Missão, Visão, Perfil e Valores da Instituição e bolinha antiestresse".

14.2.10.10 Metodologia

Realização de palestras com informações pertinentes à: Humanização, Estrutura Organizacionais,

Exercícios laborais, Controle de Infecção, Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar, Educação Continuada e Projetos, Gerência de Pessoal e Regulação em Saúde/SUS, conforme cronograma contido no Anexo II.

14.2.10.11 Competências a serem trabalhadas

Assimilação de princípios, valores, objetivos, normas e conceitos pertinentes à organização.

14.2.10.12 Objetivo

Instrumentalizar a socialização organizacional dos recém-admitidos.

14.2.10.13 Público-alvo

Novos Colaboradores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

14.2.10.14 Carga horária

06 horas

14.2.10.15 Periodicidade

quinzenal

14.2.10.16 Resultados esperados

assimilação da cultura organizacional.

14.2.11 Avaliação do Treinamento

Avaliação de Reação aplicada ao colaborador.

14.2.11.1 Treinamento Inicial Para O Exercício Das Funções

14.2.11.2 Finalidade

Promover a formação e a integração inicial de novos colaboradores, 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 colaborador e a equipe.

14.2.11.3 Responsáveis

Ação implementada pela Gerência da área de lotação do novo colaborador

Competências a serem trabalhadas

a) orientação e acompanhamento do colaborador quanto às atividades a serem desenvolvidas, rotinas e procedimentos adotados no setor; b) criação de procedimento padrão para o acompanhamento inicial do colaborador recém-admitido, promovendo os conhecimentos necessários sobre os procedimentos de segurança e rotinas padronizadas em cada setor;

14.2.11.4 Metodologia

Os colaboradores 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 colaborador. (Duração mínima de 7 a 10 dias)

Orientação e acompanhamento por profissional mais experiente. O colaborador será acompanhado pelo supervisor da área. O treinamento deverá será estruturado de acordo com as peculiaridades de cada área de modo a proporcionar ao colaborador maior acolhimento e segurança no desempenho das funções inerentes ao cargo. As atividades serão realizadas gradativamente, conforme o desempenho demonstrado no dia a dia.

14.2.11.5 Objetivos

a) preparação desse novo colaborador para a aplicação prática dos conhecimentos às atividades inerentes ao seu cargo;

b) orientação e acompanhamento do novo colaborador 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, cuidados paliativos, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão.

14.2.11.6 Público-alvo

Novos Colaboradores.

14.2.11.7 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.

14.2.11.8 Periodicidade

De acordo com a admissão de novos colaboradores.

14.2.11.9 Resultados esperados

Os resultados esperados serão norteados pela melhora dos requisitos de conhecimento, atitudes, habilidades e eficácia organizacional:

a) melhor adaptação do novo colaborador 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;

14.2.11.10 Avaliação

A avaliação do treinamento em serviço será realizada por meio de instrumentos padronizados:

a) avaliação inicial do colaborador: onde se mede o nível de conhecimento pré-existente docolaborador;

b) avaliação do supervisor imediato (gerente) com 45 dias de experiência (contratação) (pós-treinamento): avaliação de desempenho estruturada de acordo com as competências organizacionais e técnicas de cada função,

c) avaliação do supervisor imediato (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;

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 colaborador 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 hospitalares, pois o sucesso do mesmo depende da coparticipação de todos os envolvidos no processo, que devem garantir que o colaborador se sinta pertencente ao seu grupo de trabalho no seu ambiente de atuação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasilia: Ministério da Saúde, 2009.

(Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. São Paulo: Atlas, 2002.

CARVALHO, Adriano. Avaliação do RH - Parte 3 - Medindo o Turnover. Artigo publicado no site CAMINHANDO JUNTO. Disponível em<www.caminhandojunto.com.br/2011/03/avaliacao-do-rhparte-3-medindo-o.html>. Acesso em: 18 nov 2014

Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, Duprat LJ, Clifford JC. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among policlínica-based nurses. Med Care 1997; 35(6): 634-45.

Felícia Hiromi Nomura; Raquel Rapone Gaidzinski, **Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em policlínica-escola, Disponível em:**<www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500007&script=sci_arttext>. Acesso em 15 out 2014

Garcia,Simone. Treinamento do recém-admitido. Disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=62. Acesso em 24 nov 2014.

JÚNIOR, Paes Reinaldo. **Redução de Custos por meio do controle da rotatividade de pessoal.** Disponível em http://www.fadergs.edu.br/esade/user/file/Reinaldo%20P_%20Junior(1).pdf> Acesso em 10 nov 2014.

MACHADO, Gerusa. **Proposta de um Programa de Acolhimento e Integração dos Novos Trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em Santa Catarina. Disponível em <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Volume-10-Artigo-03.pdf>** Acesso em: 18 nov 2014.

Nomura FH, Gaidzinski RR. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em policlínica-escola. Rev

Latino-am.Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):648-53, disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a07.pdf. Acesso em 20 nov 2014.

Roure, Paula de Sá. **Treinamento em Serviço: Uma proposta para os novos servidores do Tribunal de Contas da União.** Disponível em:<portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054332.PDF. Acesso em 21 nov 2014.

PINTO, O. P. Técnicas de Aprendizagem em Ação. In: BOOG, G.G. (Org.). **Manual de Treinamento e Desenvolvimento.** 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1999. p. 399-410.

14.2.11.11 Programa De Capacitação E Qualificação Dos Colaboradores

APRESENTAÇÃO

As transformações e desafios que ocorrem nos processos de trabalho, como as novas informações que provocam as constantes mudanças, têm exigido uma educação permanente e continuada para o exercício das competências de cada função na Unidade.

Esta educação é entendida como um conjunto de ações estrategicamente planejadas, com cursos de capacitação e de qualificação, as quais visam desenvolver conhecimentos, habilidades e competências que se encontrem alinhadas com os objetivos estratégicos traçados e ao Plano de Desenvolvimento Anual.

O local de trabalho tornou-se um novo ambiente de aprendizagem, o qual favorece uma troca de experiências que propicia uma melhoria da qualidade na prestação de serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Assim, o Programa de Capacitação e Qualificação ora proposto busca a capacitação dos profissionais em atender as exigências legais para a qualidade e segurança na assistência, ensino e pesquisa, e também a possibilidade de melhoria na qualidade de vida no trabalho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Capacitar, qualificar e promover o desenvolvimento dos colaboradores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , propiciando o crescimento profissional de seus profissionais ao alcance da missão institucional e à excelência nos serviços prestados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- desenvolver as competências individuais requeridas para o alcance dos objetivos institucionais;
- promover capacitações para a formação de lideranças com as seguintes habilidades: conhecimento técnico gerencial, relações Interpessoais e liderança mobilizadora;
- realizar, de forma contínua, o levantamento de necessidades e a avaliação das ações de capacitação;
- favorecer a equidade do acesso às ações de capacitação previstas no levantamento de necessidades de treinamento setoriais;
- garantir a transparência do levantamento de necessidades e das avaliações das ações de capacitação;

- responder às demandas que se articulem com os Programas de Avaliação de Desempenho e dos

Planos de Desenvolvimento Individuais traçados;

- promover ações para maior adesão dos colaboradores aos eventos de capacitação;

JUSTIFICATIVA

A valorização do ser humano é alternativa para a solução dos problemas que, a cada dia, vão surgindo como entraves na realização dos objetivos na Administração Pública. Assim, pelo viés da capacitação é possível obter colaboradores cada vez mais aptos a desempenharem seus papéis em benefício dos que dele necessitam.

Considere-se, pelo viés acima, que a capacitação é uma atividade meio e uma das possibilidades de formação do trabalhador para o exercício das suas atividades.

As ações para a capacitação dos profissionais são norteadas a partir da tríade: formação para o exercício do cargo, para atuação no ambiente organizacional e para o exercício da função, tendo como foco a premissa básica de que o ser humano, ao transformar-se, transforma também o ambiente no qual interage.

O HOSPITALatravés do processo de Acreditação encontra-se dentro de diversas novas reflexões e mudanças no cenário interno sobre a melhoria da qualidade e segurança na assistência.

Os processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores e certificadores requerem nesse novo cenário e a implementação de um Programa de Capacitação alinhado às necessidades e compromissos institucionais e essencial na construção de um processo de educação continuada/permanente, voltado ao conhecimento, experiências e práticas profissionais, aos valores e missão da Unidade e à promoção do desempenho e qualidade de vida dos profissionais.

PÚBLICO-ALVO

Todos os colaboradores atuantes na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS participarão das ações descritas no Programa.

AÇÕES

As Ações de capacitação serão implementadas a partir de levantamento de demandas, considerando os fatores:

- as metas das Unidades estabelecidas no Contrato de Gestão;

- os processos de trabalhos conforme exigência de órgãos fiscalizadores, certificadores e financiadores (Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Vigilância Sanitária, processo de acreditação- ONA e outros);
- o resultado da Pesquisa de Satisfação do Cliente Interno e Externo;
- o resultado da Avaliação de Desempenho dos profissionais realizada periodicamente;
- elaboração de cronograma de execução das ações;
- registro de todas as ações de capacitação/educação realizadas;
- avaliação da aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho; monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação.

A partir do levantamento das demandas as ações serão traçadas nas seguintes linhas:

REALIZAÇÃO DE EVENTOS DE APRENDIZAGEM

I - Finalidade

Viabilizar o desenvolvimento das competências individuais e institucionais dos colaboradores.

II - Metodologia

Promoção de capacitação gerencial e técnica aos colaboradores com o apoio do Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento.

Anualmente, antecedendo o levantamento de necessidades de treinamento, deverá ser realizada abordagem de reflexão prévia do contexto do setor, das atuais práticas de gestão e dos grupos de trabalho, de modo a permitir aos gestores, fazer um balanço das aptidões e dos conhecimentos experienciais, e perceber melhor como esses tem se manifestado no exercício das suas funções e do seu grupo de trabalho.

O recurso utilizado para o mapeamento do nível de desempenho dos gestores e suas equipes de trabalho em relação às competências requeridas, será um levantamento ao término de cada ano, utilizando-se de ferramentas que possibilitem uma identificação e uma definição, não apenas das qualificações necessárias, mas também dos comportamentos e dos resultados esperados do setor, tendo em vista o planejamento estratégico da unidade. Tal instrumento deverá prever ainda, um levantamento de necessidades de treinamento dos colaboradores a partir da análise dos problemas de desempenho identificados nos setores, que podem ser melhorados através de formação.

Identificadas e analisadas as necessidades de capacitação, dos gestores e das suas equipes de trabalho, deverão ser elaborados os planos de desenvolvimento setoriais e consolidados no Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento.

Além do Plano Anual de Treinamento e Desenvolvimento, rotineiramente será utilizado o *Check List de Observação in Loco"* pelos Gerentes/Supervisores de áreas, que permite identificar, no próprio local de trabalho, os desempenhos dos colaboradores, as mudanças de comportamentos ocorridas após treinamentos, bem como, as lacunas de desenvolvimento existentes.

III – Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências das áreas afins.

IV - Normas e Critérios

a) Para eventos promovidos pela Instituição

Todos os eventos promovidos pela unidade deverão ser coordenados e/ou registrados no GRH; para fins de validação e registros de relatórios e indicadores, com vistas a serem devidamente reconhecidos pelas instâncias superiores;

- Área promotora do evento preenche o formulário Projeto de Evento que informa os objetivos gerais, público alvo, número de vagas, data provável de realização, local, metodologia e técnicas e conteúdo programático;
- O DGP assume a coordenação do evento e executa todas as ações previstas no Check-List até a sua realização.
- Ao término do evento, o GRH, juntamente com o setor promotor, avaliarão os resultados obtidos;
- Após a avaliação, serão encaminhados relatórios às Diretorias e Diretoria Executiva da INSTITUTO CEM para ciência;
- Finalizado o processo, as planilhas de controle deverão ser alimentadas para fins de registro e geração dos indicadores de treinamento.

b) Para eventos promovidos por outras instituições

O DGP divulga os eventos disponibilizados nos setores afins da unidade;

- Acompanha e encaminha o processo de inscrição dos colaboradores interessados às instituições de ensino;
- Ao término do evento, o DGP recebe os comprovantes de participação e os encaminha aos setores de lotação dos colaboradores.

- As solicitações de afastamento para a participação em eventos no horário de expediente deverão obedecer os critérios estabelecidos pelo Regulamento para solicitações dessa natureza.

DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO SETORIAIS E CONSOLIDAÇÃO DO PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

I - Finalidade

Realizar o levantamento das necessidades de treinamento para a consolidação do plano anual de capacitação do planejamento.

II - Metodologia

A partir do envio das demandas de cada setor é realizado a consolidação das necessidades através da elaboração do Plano de Capacitação relativo ao ano que se segue.

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências da Unidade.

REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÕES VOLTADAS À QUALIFICAÇÃO DAS LIDERANÇAS

I - Finalidade

Organização de capacitações voltadas à qualificação das lideranças para a melhora no desempenho das competências requeridas.

II - Metodologia

Realização de cursos, dinâmicas, palestras para o desenvolvimento das habilidades gerenciais;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos

REALIZAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES APONTADAS NO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO ANUAIS

I - Finalidade

Cumprir a meta traçada no planejamento estratégico.

II - Metodologia

Realização das capacitações solicitadas através de elaboração de projeto de evento em parceria com a Gerência solicitante e organização do evento.

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerências

REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO GERAL DO TREINAMENTO E AVALIAÇÃO DE REAÇÃO

I - Finalidade

Avaliar o treinamento realizado para as intervenções que se fizerem necessárias.

II - Metodologia

Após cada treinamento realizado é aplicado a avaliação geral do evento e após aplicada a Avaliação de reação ao gerente solicitante que permite avaliar a aplicabilidade das ações de capacitação nos processos de trabalho ;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, participantes dos treinamentos, Gerentes das seções participantes do treinamento.

REALIZAÇÃO DE TREINAMENTOS PONTUAIS

I - Finalidade

Analisar a conveniência e após atender as demandas pontuais dos setores que se delinearem fora do planejamento anual.

II - Metodologia

Elaboração de Projeto junto à Gerência solicitante e organização da capacitação solicitada;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Gerência solicitante

REGISTRO DE TODAS AS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO/EDUCAÇÃO REALIZADAS E ANÁLISE DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

I - Finalidade

contabilizar as ações para análise dos resultados

II - Metodologia

Contabilização das ações de capacitação realizadas que possibilitem a análise dos resultados e emissão de relatórios;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos

FORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE AFASTAMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DOS COLABORADORES EM EVENTOS

I - Finalidade

Obediência aos critérios estabelecidos para essa finalidade.

II - Metodologia

Autuação e instrução de processos conforme regulamentação interna para esse fim, observação da obediência às condições prevista na normatização;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, Gerências, Diretorias, Diretoria Executiva/INSTITUTO CEM e SES.

DIVULGAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES E QUALIFICAÇÕES PROMOVIDAS INTERNAMENTE E TAMBÉM FORA DA UNIDADE

I - Finalidade

Mobilizar um maior número de colaboradores na participação às capacitações.

II - Metodologia

Informes na intranet, e-mails, informes às gerências, avisos nos murais;

III - Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Assessoria de Comunicação.

METAS

- Executar 70% das atividades programadas das ações de capacitação planejadas;
- Capacitar o mínimo de 20% dos colaboradores anualmente;
- Promover 20h (vinte horas) de capacitação mínima obrigatória anualmente por colaborador
- Promover ações para que no mínimo 10% (dez por cento) de colaboradores participem de programas de pós-graduação *stricto sensu ou lato sensu* .

RESULTADOS ESPERADOS

- Melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- Desenvolvimento da gestão;
- Padrões éticos de comportamento;
- Maior Qualificação colaboradores
- Objetivos institucionais alcançados.
- Cumprimento dos objetivos e das metas estabelecidas no Programa;

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A Avaliação do Programa será anual e realizada a partir da:

a) análise dos resultados alcançados e dos resultados esperados traçados neste instrumento;

b) monitoramento dos indicadores de resultados referentes à capacitação;

d) monitoramento do resultado da Avaliação de Desempenho dos profissionais e dos Planos de

Desenvolvimento Individuais traçados em cada período avaliativo;

e) comparativos entre o dimensionamento de necessidades e o relatório do plano anual de capacitação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

14.3Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.

14.3.1 Regulamento Dos Procedimentos Para Recrutamento, Seleção E Contratação De Pessoal

Art. 1º Esse Regulamento tem por finalidade estabelecer os procedimentos que serão adotados pelo INSTITUTO CEM , pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade econômica, inscrito no CNPJ sob o nº 12.053.184/0001-37, qualificado como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás pelo DECRETO Nº 9.184, DE 12 DE MARÇO DE 2018, em cumprimento ao art. 17, da Lei nº 15.503/05, torna público o presente Regulamento para o recrutamento, a seleção e a contratação de pessoal, bem como caracterizar e definir os procedimentos padrão, identificando e conceituando os recursos a serem utilizados.

§1º As normas estabelecidas nesse Regulamento serão aplicadas exclusivamente no âmbito das relações estabelecidas nos Contratos de Gestão celebrados com Estado de Goiás, e serão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

§2º Os procedimentos especificados por esse Regulamento serão regidos pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade boa-fé, isonomia, julgamento objetivo, eficiência e probidade e, bem ainda, pela adequação aos objetivos do Instituto CEM.

§3º É vedada, nos termos da Lei Federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor previstas no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

§4º Os procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal serão realizados pela área de Recursos Humanos do Instituto CEM, por meio de técnicas e pessoal capacitado, facultada

a realização por terceiro interposto, total ou parcialmente, obedecidos em quaisquer casos os procedimentos estabelecidos nesse Regulamento.

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Recrutamento: toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidade previamente definidos.

II. Recrutamento externo: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

III. Recrutamento misto: conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos internos e externos, potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

IV. Cargo: composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma da empresa.

V. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas.

VI. Triagem: Análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e os requisitos publicados da vaga.

VII. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho oferecida.

VIII. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Instituição, com vínculo empregatício direto, não terceirizado.

IX. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo.

X. Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, do profissional já empregado da Instituição, que, tendo participado de processo seletivo, for selecionado para novo cargo ou função.

Art. 3º A Gerência Corporativa de Recursos Humanos será a responsável em orientar os procedimentos para o recrutamento e seleção de pessoal das Unidades.

Parágrafo único: A abertura do processo de recrutamento e seleção se dará mediante autorização expressa do Diretor Administrativo.

Art. 4º A contratação de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser externa ou mista.

Art. 5º O comunicado do recrutamento dar-se-á por meio de publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás, contendo o cargo" com indicação do sítio do Instituto CEM para consulta do edital com as informações adicionais acerca da vaga, com um prazo mínimo de três dias de antecedência.

Art. 6º O sítio do Instituto CEM informará obrigatoriamente o cargo, o número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, o endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

Parágrafo único: Outros meios de comunicação, além do Diário Oficial do Estado de Goiás, poderão ser utilizados sempre que a administração julgar conveniente.

Art. 7º A inscrição dos candidatos, na fase de recrutamento dar-se-á através do cadastro eletrônico do currículo, através do sítio www.institutocem.org.br.

Art. 8º A seleção dos candidatos se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, por meio de prova escrita e análise curricular, podendo ser conjugada a outros instrumentos como, avaliação psicológica, entrevista técnica, comprovação de experiência e/ou habilitação técnica operacional, testes psicológicos, provas situacionais entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previstos e divulgados no edital.

Art. 9º A prova escrita, de caráter classificatório e eliminatório, é a fase da seleção que consiste em aferir o candidato nas matérias de conhecimento geral e/ou vinculadas à área de trabalho em que desenvolverá o seu exercício funcional.

Parágrafo único: A prova escrita será aplicada em dia, horário e local previamente informados no sítio do Instituto CEM.

Art. 10 A análise curricular, de caráter classificatório, é a fase da seleção que consiste na verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido

Parágrafo único: A data, horário e local para entrega do currículo e dos respectivos documentos comprobatórios serão previamente informados no sítio do Instituto CEM.

Art. 11 O peso para os fins de pontuação e classificação da prova escrita e da análise curricular, será expresso no respectivo edital.

Art. 12 A avaliação psicológica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que consiste da entrevista psicológica e/ou aplicação de testes comportamentais.

§1º Esta etapa será conduzida, obrigatoriamente, pela área responsável pela seleção, através de seu quadro de psicólogos, ou a critério da administração, através de empresa de consultoria ou profissionais da área de psicologia contratados especificamente para este fim.

§2º Após aferição dos testes aplicados e/ou entrevista psicológica, o psicólogo avaliador recomendará ou não recomendará o candidato para ocupar o cargo pretendido.

§3º A data, horário e local para a realização da avaliação psicológica serão previamente informados no sítio do Instituto CEM.

Art. 13 A entrevista técnica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que tem por objetivo verificar as informações contidas no currículo, as habilidades do candidato, seu domínio na área pretendida, sua disponibilidade para atuar em conformidade com as exigências do cargo e determinações legais, bem como sua disponibilidade para início das atividades e condições de submeter- se aos horários estabelecidos.

Art. 14 O remanejamento de empregados é critério de preenchimento de cargos e se dará sempre mediante observação e avaliação de desempenho, autorizado pelos Diretores das Unidades, com a expressa concordância do empregado remanejado.

Parágrafo único: O remanejamento só poderá ser autorizado com a condição de não acarretar prejuízos e/ou transtornos a área de origem, nem ao empregado remanejado, ressalvado o disposto na CLT e legislação esparsa.

Art. 15 O preenchimento de função, de chefia e assessoria, previsto no organograma, por se tratar de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha do Diretor das Unidades ou do Diretor Administrativo da Filial, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia para o desempenho da função, ouvido o Recursos Humanos, e autorizado pelo Diretor Presidente.

Art. 16 Os Diretores de Unidades são de livre escolha do Conselho de Administração, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia, ouvido o Diretor Presidente do Instituto CEM.

Art. 17 Para os casos dos artigos 15 e 16 fica vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, Senadores e Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e Municípios, especificamente do Estado de Goiás, bem como dos Diretores e Conselheiros do Instituto CEM.

Art. 18 O INSTITUTO CEM manterá, para fins de divulgação das vagas e inscrição em seus processos seletivos, um sítio na internet - www.institutocem.org.br, onde os Candidatos interessados poderão tomar conhecimento e se inscrever para os processos seletivos em aberto.

§1º Os candidatos triados para os processos seletivos em aberto deverão comparecer em dia/horário publicados no sítio do Instituto CEM para participação em cada uma das etapas do Processo Seletivo.

§2º Após a publicação do comunicado de recrutamento de que trata o artigo 5º, o sítio do Instituto CEM na internet será o canal de comunicação com os candidatos para todas as etapas do processo seletivo, informações gerais, comunicação de data, horário e local da realização de cada etapa do processo seletivo e suas eventuais alterações, bem como da divulgação dos resultados e convocação para cada uma das etapas.

§3º O INSTITUTO CEM poderá, a seu critério, convocar os candidatos aprovados em processo seletivo, cujo resultado final tenha sido publicado a menos de 6 (seis) meses para o mesmo cargo.

§4º A convocação de que trata o parágrafo anterior obedecerá a ordem de classificação, sendo automaticamente desclassificado o candidato que, convocado, não comparecer no dia, horário e local determinados na convocação.

Art. 19 Os candidatos classificados acima das vagas divulgadas constituirão cadastro de reserva com validade de 6 (seis) meses, em conformidade com o § 3º, do artigo 18, não se consubstanciando em garantia de contratação, mas em mera expectativa de direito.

Parágrafo único: A utilização do cadastro de reserva é uma faculdade do Instituto CEM, que, para tanto, avaliará as especificidades da vaga para a utilização do cadastro de reserva.

Art. 20 O Processo de Seleção de Pessoal do Instituto CEM obedecerá às seguintes etapas:

I. A Primeira Etapa, consistirá da publicação de comunicado no Diário Oficial do Estado de Goiás, que dará publicidade da abertura de processo seletivo para contratação de pessoal, constando o nome do cargo e o endereço eletrônico do Instituto CEM, onde o interessado obterá todas as informações da vaga no edital próprio

II. A Segunda Etapa será a divulgação do edital no sítio do Instituto CEM, constando o cargo, número de vagas, carga horária, salário, benefícios, etapas do processo, conceitos/pesos atribuídos a cada uma das etapas, perfil básico, endereço e prazo para o cadastro dos currículos.

a) Todas as vagas publicadas ficarão abertas para inscrição de candidatos pelo período de quatro dias úteis, podendo ser prorrogado a critério da administração, devidamente justificado.

b) Os interessados deverão acessar o sítio do Instituto CEM e se inscrever para a vaga que pretende concorrer, sendo vedada a inscrição em dois ou mais processos, concomitantemente.

III. A Terceira Etapa é a triagem curricular, que consiste na análise comparativa entre as informações registradas no currículo cadastrado pelo candidato no sítio do Instituto CEM e os requisitos publicados da vaga.

a) A ausência de informações capazes de qualificar o candidato em face dos requisitos exigidos para o cargo ensejará na não convocação do candidato para as etapas subsequentes.

b) A relação dos candidatos cujos currículos foram triados para a vaga será publicada no sítio do Instituto CEM.

c) Todas as informações qualitativas e quantitativas inerentes aos requisitos exigidos para a vaga deverão ser comprovadas pelo candidato, por meio de documentos hábeis, que

deverão ser encaminhados no dia, horário e local que será publicado no sítio do Instituto CEM.

IV. A Quarta Etapa será classificatória constituirá de prova escrita e/ou análise curricular.

a) Para a seleção do candidato serão utilizados critérios objetivos de classificação, em uma ou duas fases, por meio de prova escrita e/ou análise curricular, observadas as características da vaga, previamente divulgados no edital.

b) No caso da classificação se dar em duas fases, pela aplicação de prova escrita e análise curricular, o edital deverá informar o peso de cada uma delas.

c) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela aplicação da prova escrita, o edital informará os critérios de pontuação e de ponto de corte.

d) Sendo adotado o critério classificatório em uma única fase, pela análise curricular, o edital informará quais as condições de pontuação por titulação e experiência e quando aplicável, o peso.

e) A prova escrita, de caráter objetivo, conterá questões objetivas com conteúdo de conhecimentos gerais e/ou conhecimentos específicos, conforme requeira o perfil da vaga, previamente divulgado no edital.

f) O edital definirá os critérios de desempate.

V. A Quinta Etapa terá finalidade classificatória e/ou eliminatória e consistirá de uma ou algumas das avaliações psicológicas, previamente informadas no edital.

a) Testes Psicológicos, por meio de testes psicométricos e/ou testes de personalidade.

b) Técnicas Vivenciais, por meio de um ou algum dos métodos de dinâmica de grupo, psicodrama e entrevista comportamental.

Art. 21 A contratação do candidato selecionado se efetivará mediante:

I. conveniência administrativa e operacional.

II. disponibilidade financeira.

III. entrega da documentação completa, conforme requisitos descritos no instrumento de divulgação da vaga.

IV. apresentação do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, declarando apto o candidato a exercer as funções que dele serão exigidas.

V. demais dispositivos estatutários e previsão legal.

Art. 22 A administração do Instituto CEM deverá disponibilizar os meios necessários para a realização do recrutamento e seleção.

Parágrafo único: Todos os documentos relacionados ao recrutamento e seleção deverão ser processualizados e/ou digitalizados e arquivados no Recursos Humanos da Unidade, por um período de dez anos, facultado o acesso às informações aos interessados, resguardada a imposição de sigilo profissional.

Art. 23 A eficácia dos termos deste regulamento se submete ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás e pelo Conselho de Administração do Instituto CEM, em conformidade com o disposto no parágrafo único, do art. 17 e inciso VIII, do art. 4º, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 24 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 25 Este Regulamento terá vigência após sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

_____

Thadeu de Morais Grembecki

Presidente do Conselho de Administração

14.3.2 Modelo De Contrato De Trabalho

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa INSTITUTO CEM com sede na AV DEPUTADO JAMEL CECILIO, inscrita no CNPJ sob N" 12.053.184/0001-37, denominada a seguir EMPREGADORA, e o Sr.(a) xxxxxxx, domiciliado na Rua xxxx, , QD xxxxx, cidade de xxxxxxxxxxxx-GO, portador do CTPS N": xxxx serie xxxx , doravante designado EMPREGADO, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições legais vigentes;

1". O EMPREGADO trabalhar para a EMPREGADORA na função de XXXXXXXXXXXXXXXXX e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas, ou avisos, segundo as necessidades da EMPREGADORA desde que compatíveis com suas atribuições

_____

EMPREGADORA

_____

xxxxxxxxxxxxxxx

_____

Responsável Legal (quando menor)

_____

_____

1º TESTEMUNHA 2º TESTEMUNHA

2º. O local de trabalho situa-se na _____, _____, CIDADE _____ - GO, podendo a EMPREGADORA, a qualquer tempo, transferir o EMPREGADO a título temporário ou definitivo, tanto no âmbito da unidade para o qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste estado ou de outro dentro do país.

3º. O horário de trabalho do EMPREGADO será o seguinte: Inicio do Expediente: 07:00 para Intervalo: : Entrada Intervalo: : e Final do Expediente: 17:00.

4º. O EMPREGADO receberá a remuneração de: R$ XXX (XXXXXXXXXXX) por mês.

5º. O prazo deste contrato Ø de 45 (quarenta e cinco) dias, com início em: XXX/20xx e término em: XXX/20xx.

6º. Além dos descontos previstos na Lei, reserva-se a EMPREGADORA o direito de descontar do EMPREGADO as importâncias correspondentes aos danos causados por ele.

7º. O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA e das Normas de Segurança a fornecidos, sob pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes segurança a e medicina do trabalho.

8º. Permanecendo o EMPREGADO a serviço após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.

9º.Tendo assim contratado, assinam o presente instrumento, em duas vias, na presente das testemunhas abaixo.

PRORROGAÇÃO DE CONTRATO DE EXPERINCIA

O Contrato de Experiência firmado, que deveria terminar em XXXXX , fica prorrogado até XXXXX.

_____, ___ de _____ _____

_____

EMPREGADORA

_____

1ºTESTEMUNHA

_____

2º TESTEMUNHA

14.3.3 Programa De Avaliação De Desempenho E Implantação Do Plano De Desenvolvimento Individual Dos Colaboradores

14.3.3.1 APRESENTAÇÃO

O sistema público de saúde tem sido um dos alvos privilegiados das iniciativas nacionais de reformulação da administração pública, devido a aspectos como a magnitude de seus gastos e do quantitativo de pessoal nele empregado. Dentre os inúmeros desafios existentes na gestão pública hospitalar, está a redução dos custos e melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários.

O perfil do colaborador da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , a partir do novo modelo de gestão iniciado pela INSTITUTO CEM, vem passando por um processo de mudança bastante significativa e sendo percebida, principalmente, nos métodos e processos de trabalho que hoje buscam acima de tudo, atender aos anseios da sociedade, no que se refere à prestação dos serviços de saúde.

Os serviços prestados apesar de ainda não corresponderem plenamente às expectativas do cidadão estão mais otimizados e com uma substancial melhoria. Uma das causas dessa melhoria pode ser atribuída ao novo perfil exigido ao colaborador, em função do aprimoramento de suas competências, conhecimentos, habilidades e atitudes o que leva a consciência da responsabilidade e comprometimento necessários aos profissionais da saúde.

É no sentido de encontrar caminhos e mecanismos para subsidiar a gestão por competências através da efetiva implementação da Avaliação de Desempenho e do Plano de Desenvolvimento Individual que será traçado neste Programa, pela Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores e Gerências, estratégias para identificação das competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do plano de desenvolvimento individual.

14.3.3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar efetivamente através do Sistema de Avaliação de Desempenho Individual as competências que interferem no desempenho do colaborador e que possam ser aprimoradas por meio do plano de desenvolvimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- - permitir o acompanhamento contínuo do colaborador, visando a melhoria e aprimoramento de seu trabalho;
- - subsidiar a gestão por competências;
- - promover ações para o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador como forma de viabilizar o alcance das metas institucionais;
- - assegurar a aplicação do sistema de avaliação de desempenho com os respectivos planos de desenvolvimento individuais;
- - subsidiar a Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento na Política de Gestão de Pessoas. VI - traçar ações que proporcionem aos colaboradores uma boa leitura da definição dos indicadores de comportamentos, proporcionando maior compreensão do significado dos fatores; VII - Definição efetiva dos Planos de Desenvolvimento Individual a partir das necessidades detectadas nas avaliações das competências;
- - fortalecer ações para o cumprimento dos objetivos estratégicos ligados à Perspectiva de Aprendizado;
- - melhorar a adesão de colaboradores e gerentes ao Sistema de Avaliação de Desempenho;

14.3.3.3 JUSTIFICATIVA

O planejamento e a execução das políticas de recursos humanos, representam estratégia de suma importância para a melhoria da qualidade dos serviços, que repercutem diretamente nos resultados institucionais e, estes resultados representam a satisfação da sociedade em relação aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o processo de avaliação de desempenho promove embasamento para julgar sistematicamente o resultado do trabalho dos servidores, podendo fundamentar decisões em relação a aumento de salários, promoções, transferências e afastamentos. A organização pode ainda utilizar estes dados obtidos, para demonstrar para o servidor como está o seu desempenho, reforçando neste, comportamentos que agreguem valor a instituição e investindo nas potencialidades identificadas (DUTRA, 2008).

Gestão por competências é um sistema de gestão desenvolvido no sentido de identificar e gerir perfis profissionais que proporcionem um maior retorno à instituição, identificando os pontos fortes, de excelência e as oportunidades de melhoria, suprindo lacunas e agregando conhecimento.

Nesse contexto com o objetivo de formalizar e registrar o acompanhamento eficiente do colaborador, acompanhamento integrado aos propósitos da instituição, foi implantado na

Unidade o SIAD/PDI(Sistema de Avaliação de Desempenho e Plano de Desenvolvimento Individual), com a utilização da Avaliação de Desempenho por competências.

A partir da análise dos relatórios do primeiro período avaliativo (26/05/2014 a 18/06/2014) observou-se pontos críticos e inconsistências que demandam o estabelecer de planejamento organizacional para que essa ferramenta atinja suas finalidades, quais sejam: promover o desenvolvimento pessoal e profissional do colaborador e elevar a qualidade dos serviços prestados. Os registros realizados para traçar os planos de desenvolvimento evidenciaram que não houve entendimento real dos propósitos da ferramenta, uma vez que as ações de treinamento sugeridas foram desvinculadas da prática dos colaboradores ou trata-se de ações que não estão relacionadas à programas de capacitação.

Observou-se ainda uma incompreensão do significado dos elementos por ausência de uma boa leitura da definição dos indicadores. Não houve ainda devolutiva ao colaborador sobre os resultados de sua avaliação e na identificação de necessidades de desenvolvimento específicas.

A elaboração do Plano Desenvolvimento do Colaborador da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS a partir da Avaliação de Desempenho buscou atender as diretrizes da unidade, por meio do desenvolvimento de um corpo funcional qualificado, com as competências necessárias ao cumprimento de suas metas para o desenvolvimento da sua missão. Nesse cenário, o Programa de Avaliação de Desempenho e Desenvolvimento busca traçar estratégias para a efetiva formação de um corpo funcional possuidor de competências essenciais à execução de suas atividades, conforme as atribuições de seu cargo ou da área de sua lotação/atuação.

14.3.3.4 PÚBLICO-ALVO

Todos os colaboradores atuantes na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deverão participar das ações descritas no Programa.

14.3.3.5 AÇÕES

O Programa de Avaliação de Desempenho da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS será implementado por ações planejadas a partir da análise dos resultados dos pontos críticos que se apresentaram no primeiro período avaliativo, as ações serão traçadas especificamente para cada finalidade, e seguirá nas seguintes linhas de ação:

14.3.3.6 Ações que objetivem maior adesão dos colaboradores ao Sistema de Avaliação Desenvolvimento da Política de Avaliação de Desempenho

Finalidade

Estabelecer diretrizes para a realização da Avaliação de Desempenho e do Plano de Desenvolvimento Individual dos colaboradores, formalizando os parâmetros utilizados.

Metodologia

A partir do estudo dos objetivos, missão e valores da Unidade e dos processos de trabalho já existentes na Unidade será traçada a Política de Avaliação de Desempenho para sistematizar os princípios, diretrizes e normas na realização da Avaliação de Desempenho dos Colaboradores

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos em parceria com os órgãos superiores para validação.

14.3.3.7 Emissão de Relatórios setoriais com os percentuais de adesão ao Sistema

Finalidade

Informar às gerências o percentual de adesão de cada setor.

Metodologia

Impressão de Relatório setorial de percentuais de participação à Avaliação de Desempenho e encaminhamento posterior às Gerências.

Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

14.3.3.8 Elaboração de Cronograma de visitas in loco

Finalidade

Informar sobre a importância da utilização correta da ferramenta e as implicações do não cumprimento da avaliação no período avaliativo.

Metodologia

Será planejado cronograma para a realização de visitas *in loco* a todas as Gerências da Unidade para análise dos relatórios e orientações sobre a importância da utilização correta da ferramenta e as implicações do não cumprimento do período avaliativo.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos em parceria com as Gerências a serem visitadas.

14.3.3.9 Programação de ações educativas

Finalidade

Mobilização dos gestores e colaboradores para a realização da Avaliação.

Metodologia

Elaboração de panfletos, e-mails, palestras, capacitações *in loco* voltados para à rotina setorial da Unidade.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos em parceria com a Assessoria de Comunicação.

14.3.3.10 Criação de mecanismos de monitoramento setoriais

Criação de mecanismos de monitoramento setoriais de realização das avaliações e do preenchimento do plano de desenvolvimento individual

Finalidade

Alcançar o maior número possível de avaliações por setor.

Metodologia

Envio de e-mail padrão às Gerências e Diretoria periodicamente lembrando dos prazos a serem cumpridos e das tarefas a serem realizadas.

Responsável

Gerência de Recursos Humanos.

14.3.3.11 Encaminhamento de relatório final por período avaliativo

Deverá ser encaminhado relatório final à Diretoria Geral da unidade e solicitação de advertências aos colaboradores que não realizaram a avaliação no período avaliativo.

Finalidade

Responsabilização pelo não cumprimento da avaliação.

Metodologia

Encaminhamento de relatório final à Diretoria Geral da unidade para as intervenções necessárias.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Diretoria Geral da unidade.

14.3.3.12 Ações que objetivem maior compreensão ao significado dos fatores

14.3.3.13 Avaliar as definições das características comportamentais

Finalidade

Proporcionar aos gerentes e colaboradores uma boa leitura da definição das características comportamentais e dos fatores de avaliação com vistas a torná-las mais acessíveis e relacionadas à prática dos colaboradores;

Metodologia

Avaliar as definições das características comportamentais e proceder alterações para melhor entendimento das competências, estabelecer ainda definições para as avaliações dos fatores :

Insuficiente, Abaixo do Esperado, Dentro do Esperado e Acima do Esperado.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

14.3.3.14 Ações que objetivem maior entendimento quanto ao uso da ferramenta PDI (Plano de Desenvolvimento Individual)

14.3.3.15 Promoção de alterações no sistema

Finalidade

Facilitar o preenchimento correto do Plano de Desenvolvimento Individual.

Metodologia

Serão realizadas alterações no sistema discriminando os tipos de ações de desenvolvimento para a elaboração do plano de desenvolvimento individual(ex.: visitas, leituras,

benchmarking), possibilitando ao avaliador acesso às ações de desenvolvimento através de aba de seleção).

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos e Departamento de Tecnologia.

14.3.3.16 Ações que objetivem maior adesão do colaborador na definição do Plano de Desenvolvimento Individual.

14.3.3.17 Programar ações educativas referentes à ferramenta do Feedback.

Finalidade

Mobilização dos gestores para o uso do *feedback*, como ferramenta essencial para a Educação e motivação das pessoas para o desempenho mais eficaz das atividades dos colaboradores.

Metodologia

Programar ações educativas: informativos, oficinas, palestras, *reuniões in loco*.

Responsáveis

Gerência de Recursos Humanos, Assessoria de Comunicação e Multiplicadores".

14.3.3.18 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Periodicidade da Avaliação

Anual

Metodologia

A verificação do cumprimento dos objetivos traçados ocorrerá através da:

a)análise dos relatórios de adesão ao sistema de avaliação de desempenho e comparação ao período avaliativo anterior.

b) análise dos Planos de Desenvolvimento Individuais definidos;

c) verificação do aumento da adesão dos grupos de profissionais;

14.3.3.19 DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa ora traçado, será avaliado anualmente e reestruturado à medida que os objetivos forem alcançados ou que se delinearem novas demandas.

14.3.3.20 REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de Recursos Humanos.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1981. DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde**: características e exigências.

Revista de Administração Pública, v. 26, n.2, p. 9-19, 1992.

Disponivelemhttp://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8792/7531. Acesso em 19/12/2014.

Formosi, Janaina de Lara, Silva de, Malene Buhler, Avaliação de desempenho no modelo de gestão por competências: uma experiência de utilização. Acesso em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0001, acesso em data de acesso 01/12/2014.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004, Disponível em http://ibras.net/Arquivoscientificos/SUS/As%20segmentacoes%20da%20oferta%20de%20servicos%20de %20saude%20%20Brasil.pdf>acesso em 24/11/2014

Souza, Eugênia Silva de. Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no município de Recife. Disponível em http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010sousa-es.pdf,>acesso em 26/11/2014.

14.3.4 Proposta para Identificar, controlar o absenteísmo e Estimular Produção

Identificar e controlar o absenteísmo nas empresas é o grande desafio dos gestores de pessoas nos dias atuais.

Assim, o Instituto CEM, se dedicam cada vez mais para manter a motivação das suas equipes. E tal investimento de tempo é justificado pelo impacto que a motivação tem nos resultados da organização, seja em produtividade, turnover, clima organizacional ou controle do absenteísmo.

Aliás, este último indicador, em especial, precisa ter muita atenção das empresas, pois sua causa pode se dar diante de diversos fatores. Assim, a organização que não conseguir entender as causas certamente terá os demais indicadores afetados.

14.3.4.1 Sugestões De Condutas para combater absenteísmo

Analisar a situação

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas defrabalh0, causando grandes dificuldades operacionais, mas também a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema e apenas o tempo que. eles análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações graves identificadas aos funcionários que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

Demonstrar preocupação

Demonstrar ao funcionário que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

Explicar as consequências

Explicar ao funcionário faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor, seja relembrando os aspectos da política da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons funcionários não se transformam em problemas da noite para o dia.

Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do funcionário com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

Por mais bem dirigida que seja a política da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

Profissionais de Enfermagem:

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

E ainda afirma que: "As faltas nos dias uteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares"*

Outros Profissionais

A coordenação responsável pelo funcionário deverá aplicar a - medida disciplinar adequada.

Estímulo à Produção

O estímulo à produção compõe-se de um conjunto de fatores importantes e interligados:

- Ambiente de trabalho estimulante e equânime
- Salários competitivos
- Possibilidade de crescimento profissional
- Remuneração adicional atrelada a desempenho profissional (meritocracia).

O INSTITUTO CEM adota essa política de estimular os profissionais da instituição.

PREVENINDO O ABSENTEÍSMO

- Treinamento do funcionário recém-contratado

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS : missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para o HOSPITALe para a equipe de trabalho.

- Treinamento mensal

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH: Valores Humanos.

Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, Implementadas na Unidade de saúde, programas que devem atender os 2 campos de objetivos: os da Instituição e dos colaboradores:

A. Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento implementadas ações de medicina de prevenção de doenças como respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

B. Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades serão realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os colaboradores e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

C. Relatórios Gerenciais

O Departamento de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada funcionário e da sua área de atuação como um todo.

D. Proposta para Manter um bom clima organizacional

De fato, se a sua empresa não oferece um clima saudável para seus colaboradores, manter a produtividade, reter talentos e diminuir o absenteísmo se torna praticamente impossível.

Funcionários que não se sentem bem onde trabalham e que têm dificuldades de relacionamento por causa de uma má gestão de pessoas não conseguem se doar como deveriam, e acabam faltando com frequência para evitar os conflitos.

Logo, para oferecer um ambiente favorável ao crescimento e que motive a equipe a alcançar bons resultados, é importante realizar pesquisas de clima regularmente. Elas permitem a identificação das oportunidades na visão dos colaboradores e a elaboração de planos de ação para resolver os problemas.

E. Proposta de Garantir que a comunicação seja eficiente

Uma comunicação ineficiente pode causa problemas de relacionamento entre toda a equipe. Afinal, junto com a falta de informações, surgem ruídos (fofocas, especulações, informações incompletas).

E, quando esses ruídos aparecerem, a equipe se sente desmotivada e evita estar presente na empresa por meio de faltas, atrasos ou até mesmo desligamentos.

No ambiente organizacional, a comunicação engloba o diálogo presencial entre colegas e também demais veículos: e-mail, reunião, telefone, tv corporativa etc. Assim, para ter uma comunicação eficiente, é necessário entender o perfil dos colaboradores e descobrir qual ferramenta é a mais adequada para a equipe.

F. Proposta de Oferecer um plano de carreira

Implementar e Desenvolver plano de carreira para os colaboradores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , com objetivo do desenvolvimento da carreira e o sucesso profissional.

Acreditamos no modelo de gestão, onde as ações de melhoria continua das atividades da instituição, são alicerçadas pelos colaboradores engajados, assim é uma pessoa entende que a organização não é a adequada para atingir esse objetivo ou que não possui um programa de desenvolvimento concreto, com certeza ela optará pelo desligamento. Porém, esse desligamento dificilmente acontece de uma hora para outra.

Alguns sinais, serão monitorados e acompanhados como: atrasos, queda de produtividade, faltas, desmotivação, mau relacionamento com os colegas e insubordinação, e após observações e evolução destes indicadores, as ações para entendimento das causas, serão também analisadas.

Então, o plano de carreira será feito pelos gestores com a finalidade de buscar um equilíbrio entre interesse do profissional e da Instituição.

A partir do momento em que as expectativas do funcionário são mapeadas, o gerente consegue estabelecer metas e criar um plano de desenvolvimento compatível com o objetivo do profissional e da organização.

G. Proposta de Investir em feedbacks constantes

Assim como oferecer um plano de carreira ajuda na retenção de colaboradores e na redução do índice de absenteísmo, os feedbacks também auxiliam na gestão de pessoas.

E, para ser possível mensurar o desenvolvimento individual e corrigir os pontos negativos, o retorno sobre o desempenho de um profissional deve ser realizado constantemente.

Essa prática gera valor para a empresa na visão do funcionário, pois demonstra comprometimento com os resultados, empenho no desenvolvimento da equipe e reconhecimento pelas metas alcançadas.

Além disso, o acompanhamento feito de perto pelos gestores reduz consideravelmente o absenteísmo, e reforça a importância do comprometimento de todos para o crescimento da organização.

H. Proposta de Estabelecer políticas de reconhecimento

A falta de reconhecimento é outro dos principais fatores que levam um profissional a ficar desmotivado, produzir menos e com menor qualidade e faltar no serviço.

Afinal, a maior parte das pessoas sente a necessidade de ser reconhecida quando conquista algo. Quando esse retorno não vem, é comum encontrar reações negativas. E, no âmbito organizacional, o absenteísmo pode ser apontado como uma dessas reações.

Portanto, visando a motivação da equipe, é importante que sejam desenvolvidas políticas de reconhecimento voltadas para as necessidades e a percepção de valores dos funcionários. Ou seja, cada organização encontrará uma maneira diferente de elaborar essa política.

As mais comuns são:

- Bonificação sobre meta batida
- Day off
- Viagens
- Promoções

I. Proposta de Promover a qualidade de vida

Entendemos que o investimento na qualidade de vida dos funcionários traz muitos benefícios para a instituição, tanto no ambiente de trabalho quanto na parte pessoal, a qualidade de vida de um profissional permite uma vida mais saudável, com menos doenças, menos estresse e mais disposição para suas atividades.

Dessa forma, promover palestras voltadas para o bem-estar, incentivar a prática de esportes, a alimentação saudável e demais atitudes são formas de melhorar a saúde dos funcionários. E, consequentemente, diminuir o número de atestados médicos.

Nesse sentido, implementaremos ações para promoção da qualidade de vida com as políticas de incentivo, e oferecer um benefício de atividade física e criar gincanas voltadas para incentivar o cuidado com a saúde, por exemplo.

J. Proposta de Realizar Análise da ergonomia para monitorar acidente ocupacional

O acidente ocupacional também é uma causa recorrente dos altos índices de absenteísmo nas empresas. Este indicador, será monitorado E incluído os temas de maior apontamentos nos treinamentos, seja por conta de novos procedimentos ou por reciclagem, para garantir que a equipe esteja alinhada com os padrões de segurança.

A análise da ergonomia, diante das atividades Outra causa comum são as doenças causadas por esforço repetitivo, que podem também ser evitadas por meio de

Implementar estudo ergonômico no desenvolvimento das atividades diárias dos colaboradores, como uma ação para prevenir doenças causadas por esforço repetitivo, por exemplo.

K. Proposta de Criar metas individuais

A Proposta de criação de metas, onde ao se definir individualmente os objetivos de cada colaborador, cria-se uma responsabilidade em toda a equipe.

Primeiro, porque o colaborador vai entender o quanto sua ausência poderá interferir nos resultados do grupo e da empresa. Segundo, porque o profissional terá objetivos para cumprir se quiser manter-se no emprego.

14.3.5 Protocolo De Recursos Humanos

14.3.5.1 Preenchimento formulário de requisição movimentação de pessoal

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Preenchimento formulário de requisição movimentação de pessoal	Data:	POP.DDRH.
1. OBJETIVO		
Descrever Processo para preenchimento do formulário de Requisição/Movimentação de Pessoal.		
2. REFERÊNCIA		
Não se aplica.		
3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES	
Todos os setores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS	Coordenadores, Gerentes e Diretores.	
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS		
Formulário de movimentação de pessoal;		
6. DEFINIÇÕES		
Fluxograma no anexo.		
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		
7.7.1. NO CAMPO REQUISIÇÃO/MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAS Nos casos de Movimentação/Requisição de Pessoal, o Solicitante, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue: Setor : colocar a área que requer a abertura da vaga;		

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de preenchimento da vaga, com assinatura e carimbo;

Data da solicitação : é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Cargo solicitado : deverá ser preenchido o nome do cargo que será exercido pelo futuro colaborador;

Data sugerida para início deve indicar em quanto tempo o setor terá a necessidade do colaborador no posto de trabalho;

Motivo da Contratação por Substituição : deverá indicar exatamente o porquê da contratação deste novo colaborador, com as opções: Desligamento (Caso a abertura da vaga se dê por desligamento de outro colaborador); Troca de setor (Quando a abertura da vaga aconteceu porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, irá ser remanejado para outro departamento dentro da unidade); Estágio (Contratação com vínculo de estágio), Transferência (Quando a abertura da vaga aconteceu porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, irá ser transferido para outra unidade); Promoção (Quando a abertura da vaga acontece porque o colaborador que ocupa a vaga, atualmente, teve uma promoção) ou Outros" quando o motivo não se encaixar em nenhuma das opções acima. O campo de Substituição deverá ser preenchido nos casos de Desligamento, informando qual colaborador será/foi desligado e em Desligado em" colocar a data de desligamento do colaborador.

Motivo da Contratação por AUMENTO DE QUADRO deve ser descrito o motivo pelo qual o solicitante está requerendo um aumento de pessoal no seu setor, justificando nas linhas disponibilizadas no formulário, na sequência e verso.

Salário ; Insalubridade e Jornada de trabalho solicitar auxílio ao Departamento Pessoal sobre salário bruto, insalubridade e carga horária, em seguida, proceder preenchimento;

Sexo , Idade e Escolaridade informar de acordo com o pré-requisito da função desejada;

O Departamento de Gestão de Pessoas deverá dar continuidade ao preenchimento do formulário, conforme segue:

Solicitação atendida com preencher:

Data oficial de Admissão inserir data de início das atividades no setor solicitante do candidato/colaborador;

Contratação de ou Movimentação de sinalizar se vaga foi preenchida via contratação de candidato ou com movimentação de colaborador interno, após informar nome do candidato mediante contratação ou colaborador mediante movimentação;

Processo seletivo nº se contratação, preencher o campo com número do processo seletivo;

De e Para , preencher campo de" apontando setor de origem do colaborador e para" setor de destino;

7.2. NO CAMPO ALTERAÇÃO SALARIAL DE PESSOAL

Nos casos de alteração salarial de Pessoas o Solicitante, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue:

Setor colocar a área que requer a alteração salarial;

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de alteração salarial;

Data da solicitação é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Nome colocar o nome do colaborador para qual será solicitado o reajuste;

A partir de preencher com a data desejada para reajuste;

Motivo sinalizar motivo para solicitação de alteração salarial: Promoção (colaborador foi promovido a uma outra função); Troca de setor (Colaborador irá para um novo setor no qual receberá salário diferente); Mudança de nível (Mudança de nível salarial dentro da tabela de cargos e salários); Aumento (Quando solicitado aumento salarial).

Promovido para o cargo preencher nos casos de promoção com indicação do cargo desejado;

Salário atual ; Salário proposto ; Insalubridade atual e Insalubridade proposta solicitar auxílio ao Departamento Pessoal sobre valores do salário bruto e insalubridade, em seguida proceder preenchimento;

7.3. NO CAMPO DESLIGAMENTO DE PESSOAL

O solicitante do desligamento, munido do formulário, deverá preencher os campos conforme segue:

Setor colocar a área que requer o desligamento;

Requisitante será a pessoa responsável pela solicitação de desligamento;

Data da solicitação é a data que a solicitação está sendo entregue ao setor de RH;

Nome completo e Cargo preencher os dados do colaborador;

Iniciativa do empregado deve ser preenchido quando o motivo do desligamento se dê por pedido do colaborador;

Iniciativa do empregador deve ser preenchido quando o motivo de desligamento se dê por iniciativa da empresa;

Justa causa preenchido quando o desligamento se dê por justa causa;

Sem justa causa preenchido quando o desligamento se dê sem justa causa;

Escore de avaliação de desempenho deve ser incluída a nota da última avaliação de desempenho;

Data do desligamento deve ser preenchida a data em que o desligamento ocorrerá;

7.4. NO CAMPO ENCAMINHAMENTO

O solicitante deverá recolher assinaturas dos responsáveis (Coordenação e Diretor da Área) e o Diretor de Área deverá colher a assinatura do Diretor Geral. Em seguida, o solicitante deverá encaminhar ficha para o DDRH e realizar alinhamento sobre a necessidade da movimentação.

DDRH encaminhará o formulário para o RH e RH deverá validar e recolher assinatura da Coordenação Regional.

7.5. NO CAMPO OBSERVAÇÕES GERAIS

O solicitante deverá detalhar o porquê e como se deu a tomada de decisão pelo setor nos casos de Desligamento, Abertura de vaga ou Alteração salarial. Nos casos de Requisição de Pessoal, também podem ser incluídos neste campo dados como especificações da vaga, perfil técnico e comportamental desejado, escala, etc.

7.6. NO CAMPO PARECER DO RECURSOS HUMANOS

Setor de Gestão de Pessoas irá emitir parecer de acordo com aquilo que foi alinhado com o solicitante e dirá qual a quantia estará liberada para a solicitação desejada, em seguida, em Previsão de desembolso preencher o orçamento a ser liberado para atendimento à solicitação e Data preencher data do parecer do Departamento de Gestão de Pessoas.

7.7. NO CAMPO PARECER FINANCEIRO

Setor Financeiro deverá preencher Sem dotação orçamentária caso não exista possibilidade da liberação do orçamento indicado e Dotação orçamentária prevista para caso haja a possibilidade de liberação, indicando a data posteriormente.

7.8. NO CAMPO PARECER SUPERINTENDENTE

O Superintende deverá preencher indicando seu parecer sobre a solicitação

7.9. NO CAMPO DESPACHO FINAL/FECHAMENTO RECURSOS HUMANOS

O Departamento de Gestão de Pessoas deverá finalizar o preenchimento do formulário,

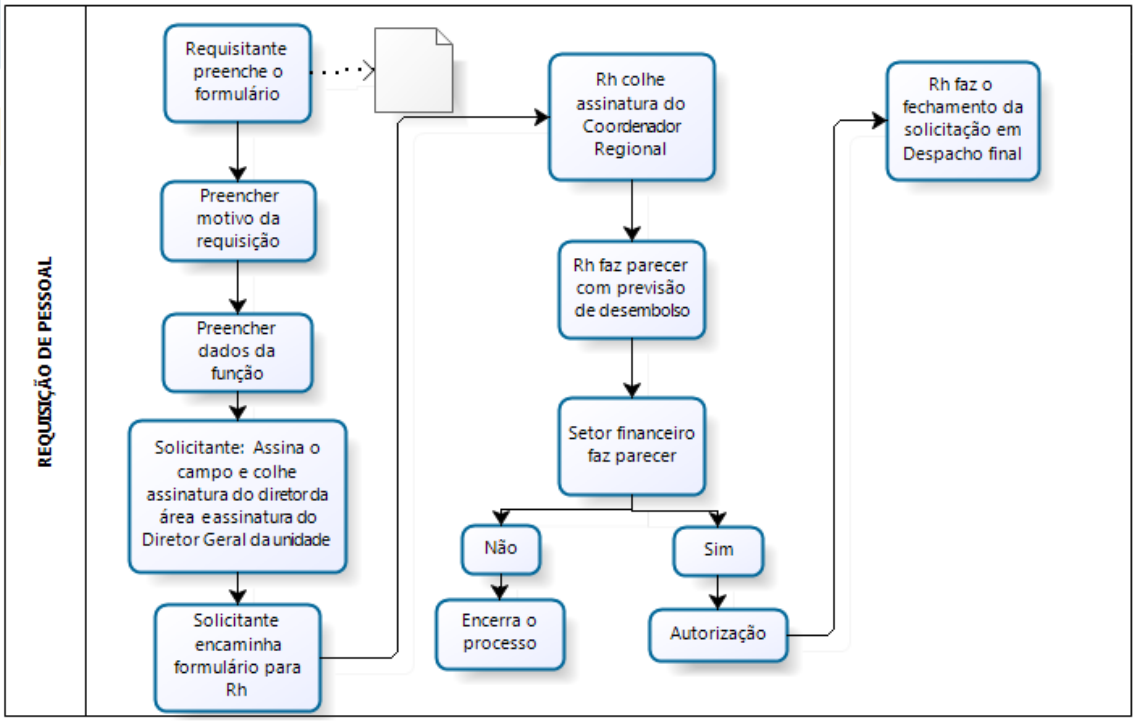
indicando os detalhes do fechamento do processo.

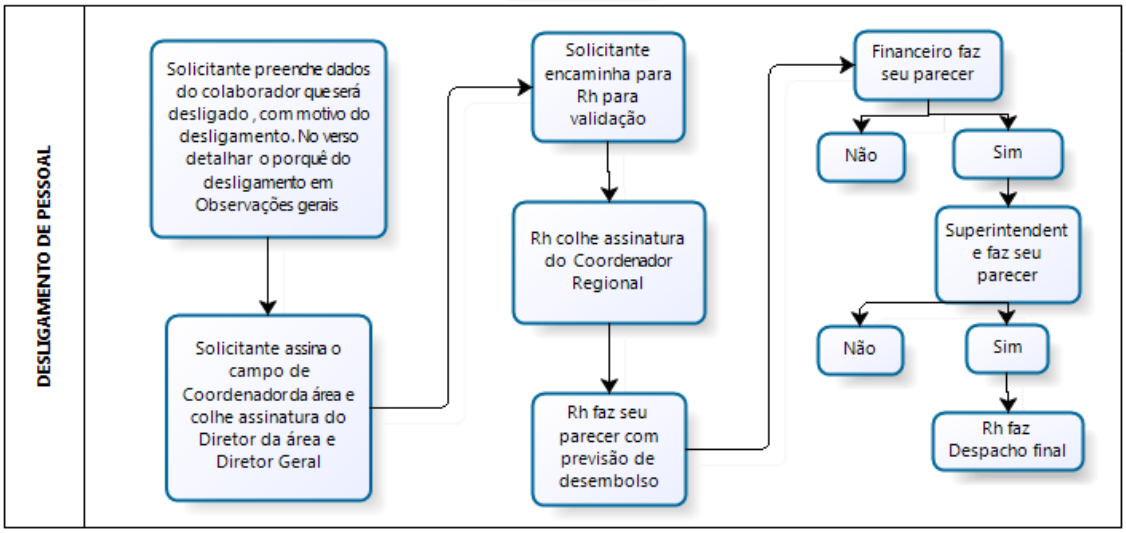
7.7. Tarefas Críticas/Especiais

- Não aprovação por parte da diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e/ou Coordenação do Instituto CEM da requisição/movimentação de pessoal.
8. INDICADORES
Não se aplica.
9. DOCUMENTOS DE APOIO
- Arquivo de documentos no dossiê do colaborador.
10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

11. Anexos





14.3.5.2 Processo De Recrutamento E Seleção De Pessoal

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Processo De Recrutamento E Seleção De Pessoal	**Data:**	**POP.DDRH.**

1. OBJETIVO

Criar e aplicar critérios de avaliação, para escolha de profissional com perfil adequado para o local certo, dentro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

2. REFERÊNCIA

Gestão de Pessoas, I. Chiavenato, Ed. Campus, Rio de Janeiro – RJ, 11ª tiragem, 1999. Páginas 77 a 130.

Recursos Humanos – I. Chiavenato, Ed. Atlas, edição compacta – 3ª Ed. São Paulo – SP; 1995. Páginas 175 a 292.

Código de Ética Profissional dos Psicólogos - Conselho Federal de Psicologia – 1996.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10. 12.1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

3. APLICABILIDADE 4. RESPONSABILIDADES

Todos os setores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . DDRH/DRH, Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

4. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário para entrevista, kit completo de Teste AC, G36, Paleográfico e Habilidades Sociais.

5. DEFINIÇÕES

PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL:

PROCESSOS:

RECRUTAMENTO: É um processo organizacional que BUSCA pessoas para participar de um processo seletivo, tendo como finalidade atração de candidatos com requisitos adequados para possível ocupação do cargo. O recrutamento surge a partir de uma necessidade de pessoal, por acréscimo ou substituição.

Tipos de Recrutamentos:

Recrutamento Interno: essa modalidade tem como objetivo aproveitar o potencial humano existente na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS ; motivar o desenvolvimento da carreira profissional e incentivar a fidelização dos colaboradores. Esse processo inicia-se com o preenchimento da RP de que a vaga será trabalhada internamente. A divulgação da vaga se dá por edital interno (anexo) elaborado e divulgado pela DDRH/DRH.

Havendo candidatos inscritos: iniciar processo de Seleção Interna.

Não havendo candidatos inscritos: Acionar recrutamento externo.

Recrutamento externo: essa modalidade tem como objetivo, recrutar candidatos no mercado para suprir as vagas existentes.

. Requisitante: RP: Requisição de Pessoal.

. Edital: Documento que apresenta todos os requisitos necessários ao candidato, para participar do Processo Seletivo Simplificado, com divulgação no site da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

Processo Seletivo: processo que avalia candidato, através do conhecimento técnico e de aptidão,

. Aplicação de prova teórica: é aplicado uma prova de conhecimento técnico, formulada corrigida pelo Coordenador solicitante.

. Aplicação de Testes Psicológicos: são aplicados teste de atenção concentrada, assimilação cognitiva, de personalidade e de habilidades sociais.

. Entrevista Psicológica: instrumento utilizado para avaliar o histórico profissional, checagem de experiência profissional, comunicação escrita, verbal, estabilidade profissional e relacional.

. Laudo Psicológico: Instrumento que Sinaliza Habilidades: apresenta resultados, mensurados, de todos os testes, prova e entrevista individual, gerando um escores e informações relacionadas a assessoria de RH, relacionadas as descrições de cargo. O laudo é encaminhado à chefia da área, para entrevista técnica. O candidato com melhor desempenho é encaminhado ao processo de admissão, com providências de lista de documentação e exame médico.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. COMPETÊNCIA

6.1.1. Compete ao Solicitante da vaga: emitir a Requisição/Movimentação de Pessoal (RP), à DDRH, conforme a necessidade do setor e dimensionamento do quadro de pessoal. Compete ainda, participar do processo seletivo, avaliando o perfil e as competências técnicas dos candidatos, após Assessoria da equipe de RH, responsável pelo Processo Seletivo

6.1.2. Compete a Diretoria, juntamente com Administradora de RH, aprovar a RP de acordo com a origem da vaga, dimensionamento do quadro, exigência técnica e condição financeira.

6.1.3. Compete ao Administrador de RH e Psicólogo Organizacional, recrutar e selecionar os candidatos mais adequados para a organização, com base nos requisitos e no perfil exigido pelo cargo. Compete ainda, dar retorno aos candidatos, envolvidos no processo seletivo.

6.1.4. Compete ao Executor Administrativo: convocar, abastecer banco de dados, registrar estatística e elaborar planilhas de.

6.1.5. Compete ao Psicólogo Organizacional: aplicar instrumento de avaliação técnica e psicológica, registro e mensuração dos dados obtidos. Aplicação de testes, entrevista psicológica, dar retorno a candidatos avaliados, assessorar, tecnicamente, chefias e profissionais, quanto aos instrumentos de avaliação.

7. Tarefas Críticas/Especiais

Feedback aos candidatos.

8. INDICADORES

Absenteísmo, rotatividade de pessoal e dimensionamento de pessoal.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Ficha de Inscrição;

. Formulário para entrevista, declaração de recebimento de informações acerca do cargo. Informações acerca do salário/benefícios; carga horária/escala e critérios de avaliação;

Cadernos e folhas de respostas, de testes aprovados e validados para o Brasil. São eles: Teste de Atenção Concentrada; Teste de Assimilação Cognitiva e Teste de Habilidades

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		**Coordenadora de Desenvolvimento de RH -**		
Revisão		**Assessoria de Qualidade**		
Validação		**Diretor Administrativo**		
Validação		**Diretor Técnico**		
Validação		**Diretor Geral**		

14.3.5.3 Treinamento e Integração

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Treinamento e Integração	**Data:**	**POP.DDRH.**

. OBJETIVO

Apresentar aos novos contratados, a instituição e normas de conduta básicas da instituição.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE 4. RESPONSABILIDADES

Novos Contratados do Instituto CEM e de Empresas Terceirizadas. Chefes DDRH/HUTRIN/HUTRIN, Supervisores e Coordenadores dos setores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Computador/Data Show/Microfone/Passador de slides.

6. DEFINIÇÕES

É um treinamento oferecido aos novos contratados do Instituto CEM e Empresas Terceirizadas para apresentar, em linhas gerais, a instituição que irá trabalhar, sob o ponto de vista da missão, visão, valores, normas, riscos e benefícios.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Contratação: assinatura do contrato de trabalho;

Após assinatura do contrato de trabalho, o novo colaborador participa do Treinamento de Integração;

Palestras do treinamento:

1. Abertura com Diretor Geral;

2. Analista de Desenvolvimento e Treinamento: apresenta a Instituição, os serviços e organograma;

3. Técnico de Segurança do Trabalho: apresenta o HOSPITAL ;

4. Coordenadora do DAP: apresenta informações sobre relações trabalhistas;

5. Representante do SESMT: apresentação os serviços prestados pelo Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho;

6. Apresentação da Tecnologia da Informação: apresentação da política de acesso serviço como programas utilizados, busca do serviço e suporte;

7. Assessora de Qualidade ONA: definição da qualidade, sua necessidade, expectativa, dimensões e princípios;

8. Compliance: apresenta cumprimento de leis, regulamento e normas aplicadas às suas atividades;

9. Serviço de Gerenciamento de Resíduos: administração do manejo de resíduos Hospitalares;

10. Psicologia: apresenta os aspectos emocionais do paciente, acompanhante e profissionais.

11. Gestão de Custos Hospitalares: importância, objetivos e metodologia;

11. Segurança do Paciente: redução de riscos, danos desnecessários, associados à assistência em saúde, até o mínimo aceitável;

12. CIHDOTT: apresenta o protocolo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, dentro da instituição.

13. Serviço de Controle de Infecçãa Hospitalar: executa ações de prevenção e controle de infecção, relacionada a assistência à saúde.

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica.

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Lista de presença e formulário de avaliação do treinamento

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS				
Nome		**Cargo**	**Data Elaboração**	**Visto**
Elaboração		**Coordenadora de Desenvolvimento de RH -**		
Revisão		**Assessoria de Qualidade**		
Validação		**Diretor Administrativo**		
Validação		**Diretor Técnico**		
Validação		**Diretor Geral**		

14.3.5.4 Descrição e Cargos por Competências

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Descrição e Cargos por Competências	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Descrever as funções detalhadas, as competências técnicas e comportamentais, necessárias à execução das funções.

2. REFERÊNCIA

De acordo com Classificação Brasileira de.

3. APLICABILIDADE **4. RESPONSABILIDADEST**

Todos os setores da instituição. **Chefes DDRH/HUTRIN/HUTRIN, Supervisores e Coordenadores dos setores.**

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário de Descrição de Cargo.

6. DEFINIÇÕES

Desenho e especificações do cargo .

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificação do cargo: espaço destinado ao nome do cargo que será descrito;

- Lotação: espaço reservado ao nome do setor de lotação;

- Data da Descrição: espaço destinado a data de preenchimento da descrição;

- Unidade: nome da unidade, organização ao qual o cargo pertence;

- Descrição sumária da função: resumo das funções exercidas;

- Descrição detalhada: neste campo será descrito todas as funções executadas;

- Descrições das competências técnicas: descrição de competências, relacionadas ao conhecimento profissional;

- Requisitos de provimento: neste espaço será informado a educação formal e especialização;

- Experiência funcional: requisito mínimo para exercer função;

- Descrições das competências comportamentais: descrição de competências, relacionadas às atitudes e comportamentos;

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Não se aplica.

8. INDICADORES

Alinhamento dos cargos as funções.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Formulário de Descrição de Cargos.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

14.3.5.5 Avaliação de Desempenho

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Avaliação de Desempenho	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Assessorar na organização e viabilização, logística, de cada evento, buscando a otimização e eficácia.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE 4. RESPONSABILIDADES

Todos os setores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , que contratam profissionais. Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

HUTRIN - Policlínica de Urgências de Goiânia;

DDRH - Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos;

6.1. Conceitos:

É um processo de identificação, diagnóstico e análise do Comportamento de um profissional, dentro de um intervalo de tempo, considerando seu conhecimento teórico, técnico e sua relação com seus parceiros de trabalho;

Política - Alinhar as ferramentas de Gestão de Pessoas, para diagnosticar e acompanhar o desenvolvimento profissional individual, a produtividade e a eficiência do trabalho;

Plano - Projeto Gestão de Pessoas.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades e/ou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão ou Procedimento Gerencial - 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. Também são conhecidos como POP (Procedimento Operacional Padrão) ou PG (Procedimento Gerencial).

Protocolo - De 6 em 6 meses, a DDRH encaminha às chefias, formulário de Avaliação de Desempenho Profissional Individual encaminhado para a DDRH, onde é entrevistado pela coordenadora da DDRH;

6.2. Composição de Documentos:

1. Formulário de Avaliação de Desempenho Individual: identifica e avalia o desempenho do profissional no trabalho, sobre os seguintes indicadores:

- Frequência; Comportamento;

- Produtividade e Qualidade do Trabalho;

1- Objetivo - Acompanhar o desenvolvimento do profissional no desempenho do trabalho, periodicamente;

2- 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);

3- Aplicabilidade - todos os profissionais recém contratados;

4- Responsabilidade - Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos - DDRH/ Coordenadoria; chefias e Diretores.

5- Materiais Necessários - Computador, impressora e papel;

6- Definição - Avaliação de Desempenho, no Período de Experiência: se refere aos primeiros 45 dias de admissão e mais 45 próximos seguintes. Este período, o profissional e avaliado, na prática, quanto ao seu desempenho;

7- Descrição do Procedimento - Fluxograma;

7.7- Tarefas Crítica/Especiais - serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento;

8- Indicadores - Frequência/Pontualidade; Qualidade no Trabalho; Relacionamento interpessoal e de equipe;

9- Documentos de Apoio:

- Formulário de Avaliação de Desempenho: identifica e levanta dados que possibilitam acompanhar o desempenho do profissional no trabalho;

Importante: Os anexos e/ou apêndices devem estar citados no campo Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

10- Controle de Revisões Efetuadas - tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

6.3. Ciclo de Aprovação

Elaboração - Novembro de 2019;

Revisão - Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Revisão da DDRH - DDRH -;

Aprovação - Após a revisão da DDRH -;

Finalização:

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento.

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 de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

6.4. Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

1. Plano - 01 ano

2. POP / PG / Norma / Política / Protocolo Clinico - 02 anos

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.

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, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm e rodapé 2 cm.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , tem a logo da instituição no cabeçalho.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

Conseguir avaliação de desempenho fidedigna a realidade.

8. INDICADORES

Necessidade de treinamento.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Não se aplica.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data Elaboração	Visto

Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

14.3.5.6 Afastamento para Participação em Eventos de Aprendizagem

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	**Versão nº** **Revisão nº:**	**Cópia Controlada**
Afastamento para Participação em Eventos de Aprendizagem	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Analisar e viabilizar autorização para afastamento, para profissionais que participam de evento técnico/científico, fora da instituição.

2. REFERÊNCIA

Manual interno com critérios de liberação.

3. APLICABILIDADE **4. RESPONSABILIDADES**

Todos os profissionais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Diretores e Coordenadores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulários de autorização da chefia imediata ,comprovante de inscrição, documento Interno que regulamenta os critérios de afastamento para participação em eventos de aprendizagem e computador.

6. DEFINIÇÃO

O formulário é apresentado com o seguinte conteúdo:

Identificação do profissional que solicita o afastamento com nome, cargo e setor que trabalha;

Nome, período e local do evento de aprendizagem;

Campo reservado a chefia imediata para o parece, justificativa e data;

Parecer do recursos humanos, após verificação, em planilha, se o profissional requisitou afastamento para outro evento.

A liberação para participação, em eventos de aprendizagem, segue critérios de controle que levantam e registram os seguintes itens, que liberará o profissional sem receber faltas no trabalho:

Autorização da chefia imediata, sem prejuízo para o trabalho;

Participação em um evento por ano;

Ter o conteúdo do evento relacionado ao trabalho executado;

Pedido realizado com 15 dias de antecedência.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

Avaliação de uma solicitação no ano.

8. INDICADORES

Porcentagem de participação de eventos de aprendizagem.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Formulário para autorização de participação em evento.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

14.3.5.7 Saúde bem-estar do trabalhador

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Saúde bem-estar do trabalhador	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

- Descrever as ações e atividades humanizadas que estão contidas no Programa de Saúde e bem estar do trabalhador.

2. REFERÊNCIA

- Política Nacional de Humanização e outras afins.

3. APLICABILIDADE **4. RESPONSABILIDADES**

Todos os colaboradores, pacientes e acompanhantes da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Extensão elétrica

Formulários

Máquina para cortar cabelo

Jalecos

Termo de compromisso

Ficha - Termo de Adesão ao Trabalho Voluntário

Ficha de Inscrição do voluntário.

6. DEFINIÇÕES

- O programa saúde e bem estar do Trabalhador visa promover alívio de estresse, bem estar e a manutenção do equilíbrio biopsicossocial dos colaboradores.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1. De acordo com a Lei nº9.608 de 18/02/1998, serviço voluntário é a atividade não remunerada prestada por uma pessoa física a entidade pública de qualquer natureza de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, recreativos, científicos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Todas as ações desenvolvidas no HUTRIN são realizadas com voluntários exceto o Projeto Hoje.

Acontece em dois formatos: Indicação e Desenvolvimento autônomo.

7.2. INDICAÇÃO

7.2.1 A indicação ao DDRH é feita por colaborador da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , pacientes e acompanhantes.

7.2.2 Contato telefônico com a coordenação do grupo (musical, contador de histórias) e/ou cantor(a) solo ou instrumentista.

7.2.3 Por telefone, faz-se uma apresentação sucinta do programa ao coordenador e/ou solista e convida para conhecer a Unidade Hospitalar.

7.2.4 Convite aceito, marca-se dia e horário para visita.

7.2.5 Nesta visita é feita uma apresentação ampla e detalhada do programa.

7.2.6 Após a visita o voluntário confirma ou não a sua participação.

7.2.7 Se sim, é apresentado o cronograma de atividades.

7.2.8 De acordo com a disponibilidade do voluntário fica agendado o dia e horário da apresentação.

7.2.9 Todos voluntários, em suas apresentações, são acompanhados por um colaborador da DDRH.

7.3. Desenvolvimento autônomo

7.3.1 É realizada nas secretarias de cultura (municipal e estadual), grupos, clubes, associações, ONGs e afins, ações que correspondam com o perfil da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

7.3.2 Quando necessário envia-se e-mail e/ou ofício da diretoria.

7.3.4 Por telefone, faz-se uma apresentação sucinta do programa ao coordenador e/ou solista e convida para conhecer a Unidade Hospitalar.

7.3.5 Convite aceito, marca-se dia e horário para visita.

7.3.6 Nesta visita é feita uma apresentação ampla e detalhada do programa.

7.3.7 Após a visita o voluntário confirma ou não a sua participação.

7.3.8 Se sim, é apresentado o cronograma de atividades.

7.3.9 De acordo com a disponibilidade do voluntário fica agendado o dia e horário da apresentação.

7.3.10 Todos voluntários, em suas apresentações, são acompanhados por um colaborador da DDRH.

7.4. PAE - Programa de Assistência Espiritual

7.4.1 Pede-se que o voluntário participe do curso de voluntariado promovido pelo Centro Goiano de Voluntários/Organização das Voluntárias de Goiás), uma vez que esse voluntário está presente semanalmente na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

7.4.2 É repassado ao voluntário, telefones de contato (por escrito) da OVG para agendar o dia do curso.

7.4.3 Após o curso, o voluntário retorna à POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS para preencher o Termo de Adesão ao Trabalho Voluntário, ficha de inscrição do Voluntário(a), munidos de:

- Carteira de identidade, comprovante de endereço, 2 fotos 3x4.

7.7. Tarefas Críticas/Especiais

8. INDICADORES

Não se aplica.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

- Arquivo de documentos no dossiê do colaborador.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

14.3.5.8 Entrevista e Desligamento

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Versão nº Revisão nº:	Cópia Controlada
Entrevista e Desligamento	Data:	POP.DDRH.

1. OBJETIVO

Registrar o desligamento, os motivos, o clima organizacional e o ambiente de trabalho. Além de ser um instrumento que auxilia na formação de diagnóstico de rotatividade e movimentação.

2. REFERÊNCIA

Não se aplica.

3. APLICABILIDADE 4. RESPONSABILIDADES

Os profissionais desligados do Instituto CEM. Chefes DDRH/HUTRIN/HUTRIN, Supervisores e Coordenadores dos setores.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário de Entrevista.

6. DEFINIÇÕES

Ferramenta que possibilita acesso a informações acerca do nível de satisfação do profissional no ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal e outros dados capazes de ajudar no diagnóstico organizacional.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Desligamento: por pedido do profissional ou a pedido do empregador;

Após a efetivação do processo de desligamento, o profissional é encaminhado a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, onde é entrevistado por uma Psicóloga.

7.1. Tarefas Críticas/Especiais

Quando o profissional se recusa a ser entrevistado após a demissão.

8. INDICADORES

Rotatividade por setor e na organização.

9. DOCUMENTOS DE APOIO

Formulário para a entrevista.

10. CONTROLE DE REVISÕES EFETUADAS

Nome		Cargo	Data Elaboração	Visto
Elaboração		Coordenadora de Desenvolvimento de RH -		
Revisão		Assessoria de Qualidade		
Validação		Diretor Administrativo		
Validação		Diretor Técnico		
Validação		Diretor Geral		

14.4Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

14.4.1 Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho

O Instituto CEM instituirá o Programa de Tratamento de Registro de Ponto e o consequente sistema de Registro Eletrônico de Ponto dos Profissionais lotados na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS unidades que compõem sua estrutura operacional.

Tais normatizações estão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, as Portarias e instruções Normativas do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

O programa compreende o conjunto de rotinas informatizadas que tem por função tratar os dados relativos a marcação dos horários de entrada e saída, gerando relatório do Espelho de Ponto Eletrônico, o Arquivo Fonte de Dados Tratados - AFDT e Arquivo de Controle de Jornada para Efeitos Fiscais – ACJEF, devendo os referidos arquivos e relatórios serem disponibilizados aos auditores fiscais, no caso de fiscalização, sendo que os profissionais deverão cumprir a jornada de trabalho estabelecida pelo Instituto CEM, não sendo permitida a realização de horas extras, salvo quando houver autorização da Diretoria Executiva.

Para o Registro Eletrônico de Ponto, o Instituto CEM se utilizará de equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que possibilitem o fiel controle e gestão dos recursos humanos. O espelho de ponto e controle de intervalos deverão ser assinados pelos profissionais e pelos superiores imediatos, sendo que a Diretoria Administrativa, com apoio do Setor de Tecnologia da Informação, é encarregada de atender ao disposto pela instituição e ao estabelecido na legislação em vigor.

Os profissionais deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os profissionais esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Outrossim, os ocupantes dos Cargos de Coordenação e Assessoramento Superior e dos cargos de Coordenação e Assessorias Intermediárias poderão ser dispensados do registro eletrônico de ponto, mediante deliberação superior, podendo utilizar o Sistema Manual de Registro de Frequência.

14.4.2 Regime de Contratação

O regime de trabalho adotado pelo HOSPITALserá o Celetista aos colaboradores, aos médicos em regime de plantão de 12horas, iremos fazer contratação via Pessoa Jurídica.

Para todo colaborador admitido será emitido um contrato de experiência que tem o objetivo de avaliar as aptidões pessoais e o desempenho profissional do trabalhador, bem como demonstrar as vantagens e condições de trabalho oferecidas pela instituição.

O contrato de trabalho de experiência possuirá prazo máximo de 90 dias. Depois que se completa o prazo de experiência, o contrato de trabalho passara a ser, automaticamente, definitivo e de-prazo indeterminado.

Nota OI: O contrato de experiência pode compreender vários períodos (30, 60, 90 dias). Entretanto, o período de experiência somente pode ser renovado uma única vez e desde que a soma dos períodos não seja superior ao prazo máximo de 90 dias (art. 451 CLT). Para efetivar o contrato de experiência, o RH da Unidade registrará na Carteira de Trabalho do colaborador em até 48 horas após a contratação.

Caso a Unidade de Saúde não avalie satisfatoriamente o trabalho apresentado pelo colaborador, o demitirá até o último dia previsto para o término do contrato.

Nota 02: Quando a demissão ocorrer sem justa causa antes do final do período previsto de experiência, a Unidade pagará metade do salário que o trabalhador receberia até o final do contrato de experiência.

Caso, durante o período de experiência, o colaborador contratado-achar que não tem interesse em permanecer no emprego, deve entregar no último dia do período de experiência um comunicado por escrito dizendo que não quer permanecer no trabalho, Neste caso, não cumprirá o período de aviso prévio e receberá tanto os dias trabalhados, como O 13.0 salário proporcional. (art. 480 CLT).

Caso o colaborador antecipe a sua desistência, a instituição cobrará multa por rompimento do contrato antes do prazo. Neste caso„ o trabalhador deverá pagar ao empregador 50% dos dias que faltarem para o seu término, que terá descontado dos dias trabalhados e do 13^0 proporcional.

14.4.3 Regra para Elaborar Escalas de Serviços

A seguinte rotina deverá nortear a elaboração das escalas de serviço:

- Do dia 1^0 ao dia 10^0 do mês corrente o coordenador do setor deverá elaborar as escalas de serviço do próximo mês.
- Do dia 11^0 ao dia 14^0 0 rascunho da escala deverá ser divulgado, no setor para ajustes.
- No dia 15^0 0 rascunho da escala deverá ser digitado.
- Do dia 16^0 ao dia 18^0 a escala deverá ser encaminhada para o RH e uma cópia deverá ser afixada na unidade.

14.4.4 Registro de Ponto dos Funcionários

O registro de ponto será através de biometria, onde serão implantados equipamentos e sistema de ponto eletrônico.

Procedimento do Fechamento do Ponto:

- O Departamento de Recursos Humanos, mensalmente, irá analisar as intercorrências do ponto eletrônico, e
- será submetido para juntamente com as chefias de área (lideranças), efetivarem as considerações e prazos para apresentar as documentações como faltas, atestados, ponderações dos atrasos, entre outras intercorrências
- Os apontamentos serão validados pelo Departamento de Recursos Humanos, procedendo parecer favorável ou não para a solicitação da chefia

- As lideranças, chefias serão responsáveis de esclarecer individualmente com cada colaborador de seu setor as intercorrências e definições sobre apontamentos e efetivo fechamento do ponto.
- Após validado, esclarecido junto ao colaborador, uma via será impressa, para colher as assinaturas de colaboradores, chefias, e departamento recursos humanos
- Uma copia será anexada ao prontuário
- Banco de Dados do Sistema Ponto Eletrônico, após validado e aprovado, no Sistema Eletrônico, será encaminhado respeitando os prazos contábeis, para Contabilidade – proceder emissão Folha de Pagamento.

14.4.5 Modelo de Escala Médica

Após a assinatura do contrato de gestão, será feita contratação imediata das especialidades médicas, via edital de contratação do instituto CEM, com todos os requisitos dos Regulamentos de Compras e Contratação de Serviços do Instituto CEM, no intuito de já iniciar as atividades, para viabilizar o cumprimentos das metas de produção de Atendimento em Consultório.

As contratações dos profissionais médicos clínicas/especialidades serão feita pela contratação pelo regime Pessoas Jurídica, com base no plantão de 12 horas, de segunda a sexta-feira, para atendimento das 7h00 – 19h00 para atendimento ambulatorial, jornadas de 40 horas para administrativo de segunda a sexta..

Horário Diurno 7:00-19:00	**Segunda Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**

14.4.6 Modelo De Escala Dos Servidores

	Mês: _____							Ano:_____							Elaborado por:_____							Chefia:_____									
	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
Servi-dor	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T

LEGENDA: F Folga e Férias / L- Licença / P - Plantão Diurno de 12h

Diaristas segunda a sexta: D Diarista -(8h) / M Diarista Matutino(6h) /T Diarista Vespertino(6h)

14.4.7 Exemplos de escalas de Trabalhos

Escala de Supervisão de Enfermagem

ENFERMEIROS	COREN	HR	FUNÇÃO	MÊS: JANEIRO/ 2019							ELABORADO POR:COORDENAÇÃO										ASSINATURA: MARIANA QUEIROZ										
DIA DO MÊS				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
DIA DA SEMANA				T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
DIURNO A																																		
POLLYANA BUENO SIQUEIRA	238063	07 ÀS 19HS	**ENF.**		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
DIURNO B																																		
HELLEN CAROLINNA R. DE BRITO	539563	07 ÀS 19HS	**ENF.**	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
NOTURNO A																																		
BRUNA COSTA M. BARBOSA	217915	19 ÀS 07HS	**ENF.**		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
NOTURNO B																																		
MURILLO BARCELOS PEIXOTO	269095	19 ÀS 07HS	**ENF.**	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N
P: Trabalho Diurno N: Trabalho Noturno D: Diarista																																	**30/12/18**	

Modelo Escala do NIR

ENFERMEIROS	CO-REN	HR	FUN-ÇÃO	MÊS: JANEIRO/ 2019							ELABORADO POR:COOR-DENAÇÃO										ASSINATURA: MARIANA QUEIROZ										
DIA DO MÊS				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
DIA DA SEMANA				T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
DIURNO A																																		
ANA CRISTINA B. DE SÁ RIBEIRO	357674	07 ÀS 19HS	**ENF.**		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
DIURNO B																																		
MANUELLA DE SENA ANTÔNIO REIS	356445	07 ÀS 19HS	**ENF.**	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
NOTURNO A																																		
CRISTHIANY ARAÚJO NUNES	127931	19 ÀS 07HS	**ENF.**		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
NOTURNO B																																		
JAQUELINE A. PAES RANDI	484999	19 ÀS 07HS	**ENF.**	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
P: Trabalho Diurno N: Trabalho Noturno D: Diarista																																	**30/04/18**	

Escala Radiologia

MAIO	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
SEMANA	QT	QI	Sx	SB	D	SG	T	QT	QI	SX	SB	D	SG	T	QT	QI	SX	S	D	SG	T	QT	QI	SX	SB	D	SG	T	QT	QI	SX
EMANUEL		N	N			N				N			N				N			DT	DT	DT	DT	DT			DT	DT	DT	DT	DT
FREDERICO	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F			N				N			N		
HUMBERTO	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	N				N			N				D
LUIZ JOSE		D		N					D		N					D		N					D		N				D	
MARLENE	D				D			D				D			D				D			D				D			D		
MARIO FORT	F	F	F	F	F	F	F			D				D			D				D			D				D		D
ROBSON CAP	F	F	F	F	F		N		N					N		N					N		N					N		N	
VALDICE SANT			D		D					D		D					D		D					D		D					D
WASHINGTON	N				N			N				N			N				N											

LEGENDA: F FOLGA E FERIAS / L LICENÇA. / D PLANTAO DIURNO 12 HS / N PLANTAO NOTURNO 12 HS / DT. DIARISTA 5 HS EXETO SEXTA FEIRA QUE SAO 4 HS

ESCALA MENSAL DA ENFERMAGEM

ENFERMEIROS	COREN	HR	FUNÇÃO	MÊS: JANEIRO/ 2019							ELABORADO POR:COORDENAÇÃO									ASSINATURA: MARIANA QUEIROZ													
DIA DO MÊS				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
DIA DA SEMANA				T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
DIURNO A																																		
JOÃO BRITO PONTES	398960	07 ÀS 19HS	ENF.		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
DIURNO B																																		
TAISE PIRES BORGES	257503	07 ÀS 19HS	ENF.	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
NOTURNO A																																		
ANAKENYA CIRILO GONZAGA	333891	19 ÀS 07HS	ENF.		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
NOTURNO B																																		
JUSCELENA CÂNDIDA DIAS	75637	19 ÀS 07HS	ENF.	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

30/12/18

P: Trabalho Diurno N: Trabalho Noturno D: Diarista

ESCALA MENSAL TEC. ENFERMAGEM

TÉCNICOS ENFERMAGEM	COREN	HR	FUNÇÃO	MÊS: JANEIRO/ 2019	ELABORADO POR:COORDENAÇÃO	ASSINATURA: MARIANA QUEIROZ

DIA DO MÊS				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
DIA DA SEMANA				T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
CLÍNI																																		
E AMBULATÓRIO																																		
NÚBIA CRISTINA AURUNGO	636932	08 ÀS 18HS	TEC. ENF		D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D	D			D	D	D	D
DIURNO A																																		
VALDELÚCIA DA COSTA MIRANDA	1029895	07 ÀS 19HS	TEC. ENF		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
ILDETE CORREA DE AZEVEDO	940861	07 ÀS 19HS	TEC. ENF		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
DIURNO B																																		
LUZELINA DAS DORES A. SOUZA	799977	07 ÀS 19HS	TEC. ENF	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P
NOTURNO A																																		
HELCIA DE OLIVEIRA MACHADO	732325	19 ÀS 07HS	TEC. ENF		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
NOTURNO B																																		
ROSAIR F. DA SILVA ALVES	662159	19 ÀS 07HS	TEC. ENF	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N

30/12/18

14.5Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.

A proposta humanização está alicerçada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e visa implantar rotinas para melhorar o atendimento e o trabalho dos profissionais da saúde em termos da humanização dos serviços prestados pela Unidade Assistencial de Saúde,

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério: da Saúde, serão considerados os parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que torne a Unidade Assistencial referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência,

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Os benefícios concretos do PNHAH alcançam a todos que dele participam:

- Usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar.
- Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.
- Para o profissional de saúde, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde,. pois não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e:, nele, se revalorize.

14.5.1 Objetivos Específicos

- Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade de Saúde na perspectiva do Acolhimento.
- Capacitar os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, envolvendo os usuários no processo.
- Contribuir para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.
- Um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento é a relação entre os atores envolvidos e como compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento.
- O acolhimento é uma abordagem prévia à clientela, melhorando e efetivando as consultas. É importante resolver o problema para facilitar e organizar o atendimento dos programas da unidade de saúde para satisfação dos profissionais de saúde e da comunidade.
- Para tal fim o Instituto CEM, parte dos seguintes princípios:
- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume a sua função de acolher,

escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.

- Reorganizar seu processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento ,. que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Atender a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer se com a referência e contra referência, conforme as necessidades dos usuários.
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos pacientes.

Para implantação do Programa de Acolhimento, a equipe composta pelos profissionais multiprofissionais, serão destacados, para atendimento 24 horas por 7 dias por semana, para acolhimento, pacientes, visitantes e acompanhantes, seguindo os critérios de Acolhimento e Classificação de Risco, em busca de atendimento de qualidade ao paciente/ visitante/ acompanhante, além de atendimento diferenciado para Idosos, Crianças e demais pessoas que necessitem de atendimento diferenciado.

Composição da Equipe de Acolhimento

ÁREA	Quantidade profissional	horário	turno
Enfermagem (egresso)	6	07:00 ás 07:00	2
Serviço Social - VVS	2	07:00 ás 07:00	2
Técnico de enfermagem	4	07:00 ás 07:00	2
Ouvidoria	2	07:00 ás 07:00	2
Acompanhante e visitante	2	07:00 ás 07:00	2

14.6Apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais

QUADRO COM ESTIMATIVA POR CATEGORIA E QUANIDADE DE PROFISSIONAIS, CARGA HORÁRIA E SALARIO TOTAL

DESCRIÇÃO	Quantidade de Funcionário	Qtde Horas	Definição	Salário	Encargos	Total
ENFERMAGEM	s					
Enfermeiros Diurnos 12 x 36	9	12 x 36	CLT	3.250,00	22.539,60	51.609,60
Coordenação	1	40	CLT	4.806,00	3.217,82	8.023,82
Técnico de Enfermagem manhã 12 x 36	10	12 x 36	CLT	1.614,00	16.146,00	33.281,55
Técnico de Enfermagem tarde 12 x 36	8	12 x 36	CLT	1.614,00	13.708,44	26.625,24
Diretor Técnico	1	20	CLT	8.200,00	4.817,58	13.017,58
RADIOLOGIA/GESSO						
Técnico de imobilização	1	36	CLT	1.926,81	1.860,71	3.787,52
NUTRIÇÃO						
Nutricionista	1	40	CLT	2.800,00	2.272,29	5.072,29
RECURSOS HUMANOS						
Assistente Recursos humanos	1	44	CLT	2.266,00	2.020,59	4.286,59
COMPRAS					-	-
Almoxarife	1	44	CLT	2.050,00	1.918,78	3.968,78
Aux. Compras	1	44	CLT	1.287,50	1.559,38	2.846,88
Farmácia					-	-
Farmacêutica RT	1	44	CLT	5.242,50	3.423,57	8.666,07
Auxiliar de farmácia	4	44	CLT	1.200,00	6.072,53	10.872,53
ADMINISTRAÇÃO					-	-
Supervisor de atendimento	1	44	CLT	1.250,00	1.541,70	2.791,70
Assistente de Ouvidoria	1	44	CLT	1.751,00	1.777,85	3.528,85
Auxiliar administrativo	2	44	CLT	1.287,50	3.118,75	5.693,75
Assistente Administrativo	2	44	CLT	1.751,00	3.555,69	7.057,69
SESMT						
Tec. Seg. Trabalho	1	44	CLT	2.216,00	1.997,02	4.213,02
SERVIÇOS GERAIS						
Recepcionistas	22	44	CLT	1242	33834,45	61.158,45
MULTIDISCIPLINAR						
Assistente Social	3	30	CLT	2.884,00	4.623,77	10.391,77
Fonoaudiólogo	3	30	CLT	2600	2178,02	4778,02

Maqueiro	2	30	CLT	1.190,25	1.513,54	2.703,79
Psicólogo	3	30	CLT	2828	2885,49	5113,49
Fisioterapeuta	2	30	CLT	2.800,00	4.544,59	10.144,60
Total	1195			58.056,56	141.128,16	289.633,58

Quadro demonstrativo por linha de Serviços:

LINHA DE SERVIÇOS	DENTISTA	MEDICO	ENFERMERIO	TECNICO ENFERMAGEM	ASSISTENTE SOCIAL	PSICOLOGO	NUTRICIONISTA	FISIOTERAPEUTA	FONOAUDIOLOGIA
Serviço De Atenção Às Pessoas Ostomizadas I		1	1		1				
Serviço De Assistência Especializada – SAE – GRUPO 12	1	1	1	1	1	1			
Equipe Multiprofissional De Atenção Especializada Em Saúde Mental – AMENT / EMAESM – TIPO 2		1		1	2				
Clínica de Serviços Dialíticos (Hemodiálise e Diálise Peritoneal).		2	2	10	1	1	1		
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico			2	6					
Centro Especializado em Odontologia (CEO I).	3			3					
Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (Sessões/Tratamentos)					2	2	2	2	2
Práticas Integrativas e Complementares – PIC									
Unidade Móvel: Exames Diagnósticos.			1	2					

14.7 Quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar na Unidade (estejam ou não atualmente contratados) e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

DESCRIÇÃO	Quantidade de Funcionário	Qtde Horas	Definição
ENFERMAGEM			
Enfermeiros Diurnos 12 x 36	9	12 x 36	CLT
Coordenação	1	40	CLT

Técnico de Enfermagem manhã 12 x 36	10	12 x 36	CLT
Técnico de Enfermagem tarde 12 x 36	8	12 x 36	CLT
Diretor Técnico	1	20	CLT
RADIOLOGIA/GESSO			
Técnico de imobilização	1	36	CLT
NUTRIÇÃO			
Nutricionista	1	40	CLT
RECURSOS HUMANOS			
Assistente Recursos humanos	1	44	CLT
COMPRAS			
Almoxarife	1	44	CLT
Aux. Compras	1	44	CLT
Farmácia			
Farmaceutica RT	1	44	CLT
Auxiliar de farmacia	4	44	CLT
ADMINISTRAÇÃO			
Supervisor de atendimento	1	44	CLT
Assistente de Ouvidoria	1	44	CLT
Auxiliar administrativo	2	44	CLT
Assistente Administrativo	2	44	CLT
SESMT			
Tec. Seg. Trabalho	1	44	CLT
SERVIÇOS GERAIS			
Recepcionistas	22	44	CLT
MULTIDISCIPLINAR			
Assistente Social	3	30	CLT
Fonoaudiólogo	3	30	CLT
Maqueiro	2	30	CLT
Psicólogo	3	30	CLT
Fisioterapeuta	2	30	CLT
Total	1195		

14.7.1 QUALIFICAÇÃO E PERFIL DOS PROFISSIONAIS

14.7.1.1 Descrição das Funções e Perfil do Diretor Geral:

CARGO	DIRETOR GERAL
Escolaridade mínima	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviço de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificações.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

14.7.1.2 Descrição das Funções e Perfil do Assessor de Qualidade

CARGO	ASSESSOR DE QUALIDADE
Escolaridade mínima	Graduação em Administração, Medicina e ou Enfermagem
Escolaridade desejável	Especialização em Qualidade em Serviços de Saúde
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Processos de Qualidade, Implantação de Processos de Acreditação e Certificação. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.

Funções	Implantar as Práticas de Gestão da Qualidade. Capacitação em qualidade, Planos de Ação da qualidade e aferimento dos parâmetros mínimos de qualidade exigidos pelo **INSTITUTO CEM.**

14.7.1.3 Descrição das Funções e Perfil do Administrativo:

CARGO	**DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Escolaridade mínima	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

14.7.1.4 Descrição e Perfil das Funções de Apoio:

CARGO	**DIRETOR APOIO**
Escolaridade mínima	Graduação em Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.

Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

14.7.1.5 Descrição das Funções e Perfil da Diretoria Técnica

CARGO	DIRETORIA TÉCNICA
Escolaridade mínima	Graduação em Medicina
Escolaridade desejável	Residência Médica em qualquer área da medicina. Dez anos de atuação em Assistência Direta ao Paciente na respectiva especialidade. Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, equipes médicas e similar. Pacote Office.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (edifício e equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

14.7.1.6 Descrição das Funções e Perfis do Cargo de Médico:

CARGO	MÉDICO
Escolaridade mínima	Graduação em Medicina

Escolaridade desejável	Residência Médica na área de atuação. Pacote Office.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão de Pessoas de Serviços de Saúde, Implantação de Processos de Qualidade e Certificação.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Exercício da medicina na especialidade médica ao qual será contratado, respeitando os direitos dos pacientes, a Ética Médica, o Regulamento, Normas, Rotinas e Instruções de trabalho da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . Participar das Comissões ao qual for convocado.

14.7.1.7 Descrição das Funções e Perfis do Enfermeiro da CCIH/SCIH:

CARGO	ENFERMEIRO DA CCIH
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Requisitos Técnicos	Especialização em Controle de Infecção Hospitalar e/ ou experiência comprovada em Controle e Serviço de Infecção Hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Executar Busca Ativa e Análise de Prontuários. Realizar curativos de grande porte e atuar conforme as Normas de Controle de Infecção Hospitalar da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.8 Descrição das Funções e Perfil do Gerente de Contabilidade e Finanças

CARGO	GERENTE DE CONTABILIDADE
Escolaridade mínima	Graduação em Ciências Contábeis

Escolaridade desejável	Especialização na Área Financeira e Contábil
Requisitos Técnicos	Experiência na Área Financeira e Contábil em empresas prestadoras de serviços, de preferência hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar as Atividades Financeiras, Contábeis e de custos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . Responsável pelo Controle e Fluxo de Caixa, emissão de balancetes mensais, relatórios e balanços anuais da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , seguindo Normas e critérios da Legislação.

14.7.1.9 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador do Faturamento:

CARGO	COORDENADOR DE FATURAMENTO
Qtde de vagas	1
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou outro Nível Superior
Requisitos Técnicos	Experiência em Faturamento Hospitalar. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Responsável pelo processamento das contas hospitalares dos pacientes assegurados, atendidos nos diversos serviços da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos.

14.7.1.10 Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar Administrativo (Faturista):

CARGO	FATURISTAS

Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, responsável, comunicação verbal e escrita, senso crítico, empatia, atenção concentrada.
Funções	Faturamento de contas de pacientes, denominadas contas hospitalares, emissão de relatórios, codificações de procedimentos.

14.7.1.11 Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar Administrativo do Arquivo:

CARGO	TÉCNICOS EM ARQUIVOS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, responsável, comunicação verbal e escrita, senso crítico, empatia, atenção concentrada.
Funções	Classificação, arquivamento e desarquivamento de prontuários de pacientes e outros documentos que serão arquivados, preservando os documentos dos mais diversos tipos, estejam eles em papel, foto, filme, microfilme, CD-ROM ou ainda, em banco de dados on-line. É o responsável por tornar disponíveis as informações que são geradas e acumuladas pelo hospital.

14.7.1.12 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Gestão de Pessoas/SESMT

CARGO	COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS/SESMT
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou Psicologia

Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas.
Requisitos Técnicos	Experiência na Área de Recursos Humanos, Departamento de Pessoal, Recrutamento, Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, entre outros.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar as Atividades relacionadas a Gestão de Pessoas: Recrutamento, Seleção, Treinamento, Desenvolvimento, Gestão dos Documentos dos Trabalhadores e Segurança Ocupacional.

14.7.1.13 Descrição das Funções e Perfil Engenheiro de Segurança do Trabalho

CARGO	ENGENHEIRO EM SEGURANÇA DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Graduação em Engenharia
Escolaridade Desejável	Especialização em Segurança do Trabalho
Requisitos Técnicos	Experiência em Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores do hospital, visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais a máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente).

14.7.1.14 Descrição das Funções e Perfil do Médico do Trabalho:

CARGO	MÉDICO DO TRABALHO

Escolaridade mínima	Medicina
Escolaridade Desejável	Especialização em Medicina do Trabalho
Requisitos Técnicos	Experiência em Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). O médico do trabalho atua junto com o Enfermeiro o Engenheiro de Segurança do Trabalho e dos Técnicos em Segurança, na criação do mapeamento de riscos dos departamentos, setores e áreas da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . O médico do trabalho atua na emissão de laudos ocupacionais, na admissão e desligamento do trabalhador.

14.7.1.15 Descrição das Funções e Perfil Enfermeiro do Trabalho

CARGO	ENFERMEIRO DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Enfermagem do Trabalho
Requisitos Técnicos	Conhecimento em planejamento de ações preventivas e de promoção a saúde, elaboração de laudos técnicos, normas de segurança e biossegurança, legislação pertinente. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). Realizar procedimentos de

	Enfermagem junto ao trabalhador atuando na prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

14.7.1.16 Descrição das Funções e Perfil do Técnico de Segurança do Trabalho

CARGO	TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Enfermagem do Trabalho
Requisitos Técnicos	Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente, CIPA, sistemas de combate a incêndio. Preferencialmente com experiência em hospitais. Conhecimento de legislação pertinente.
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação verbal e escrita, foco em resultado, organização.
Funções	Atuar na Gestão de Segurança e Saúde Ocupacional dos trabalhadores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , visando reduzir as perdas e danos (lesões humanas, danos materiais às máquinas, equipamentos, instalações e ao meio ambiente). Realizar procedimentos de Enfermagem junto ao trabalhador atuando na prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

14.7.1.17 Descrição das Funções e Perfil do Técnico de Enfermagem do Trabalho

CARGO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
Escolaridade mínima	Técnico em Enfermagem do Trabalho

Requisitos Técnicos	Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente, CIPA, sistemas de combate a incêndio. Preferencialmente com experiência em hospitais. Conhecimento de legislação pertinente (NRs)
Competências	Relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação verbal e escrita, foco em resultado, organização.
Funções	Atuar junto ao Enfermeiro do trabalho e demais membros da Equipe de Segurança Ocupacional na prevenção de doenças ocupacionais e saúde no trabalho, além de realizar procedimentos específicos do Técnico de Enfermagem.

14.7.1.18 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Logística e Suprimentos:

CARGO	COORDENADOR DE LOGÍSTICA E SUPRIMENTOS
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou Química Farmacêutica
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Materiais e Logística
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle da Área de Suprimentos e Logística que inclui: Área de Compras, abastecimento e distribuição de todos materiais, medicamentos e outros insumos necessários para o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento de produtos de forma econômica e segura.

14.7.1.19 Descrição das Funções e Perfil do Farmacêutico – Responsável Técnico:

CARGO	FARMACÊUTICO - R T
Escolaridade mínima	Graduação em Farmácia
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Materiais e Logística e/ou Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável Técnico pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle de toda aquisição, dispensação e utilização dos fármacos e medicamentos e suas consequências ao organismo humano dentro da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . É o responsável para atuar junto aos médicos e demais profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos, principalmente os antimicrobianos, fiscalizando sua utilização, armazenamento e manipulação.

14.7.1.20 Descrição das Funções e Perfil do Farmacêutico:

CARGO	FARMACÊUTICO
Escolaridade mínima	Graduação em Farmácia
Escolaridade Desejável	Especialização e/ou experiência em Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.

Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsáveis pelos controles e solicitações de aquisições, o, abastecimento, dispensação e manipulação de todos os fármacos e produtos químicos utilizados ou produzidos pelo Hospital.

14.7.1.21 Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar de Farmácia:

CARGO	AUXILIAR DE FARMÁCIA
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade desejável:	Experiência em Farmácia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Responsáveis pelo recebimento, estocagem e dispensação dos fármacos e materiais solicitados pelos diversos departamentos e setores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS e dispensação para usuários de ESSALUD, descritos no Petitório.

14.7.1.22 Descrição das Funções e Perfil do Comprador

CARGO	COMPRADOR
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursando Administração ou outro curso superior, Pacote Office.

Requisitos Técnicos	Experiência na área hospitalar ou farmacêutica. Conhecimento em cotações, cadastro de fornecedores, ordens de compra, seleção de novos produtos e fornecedores. Preferencialmente conhecimento em Sistema Integrado, consignados e curva ABC
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Responsável por suprir e assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários ao funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , garantindo a qualidade, quantidade e preços compatíveis, de acordo com as necessidades e padronizações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.23 Descrição das Funções e Perfil dos Auxiliares de Almoxarifado

CARGO	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Conhecimento em recebimento, conferência, controle e estoque de mercadorias, digitação, pacote office, principalmente Excel e preferencialmente com noções de curva ABC
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Disposição, agilidade, força física, organização, criticidade, atenção, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, comprometimento, disponibilidade e ética

14.7.1.24 Descrição das Funções e Perfil dos Auxiliares de Compras:

CARGO	AUXILIAR DE COMPRAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Conhecimento em recebimento, conferência, controle e estoque de mercadorias, digitação, pacote office, principalmente Excel e preferencialmente com noções de curva ABC
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Atuar em conjunto com os compradores da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS para suprir e assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários ao funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , garantindo a qualidade, quantidade e preços compatíveis, de acordo com as necessidades e padronizações da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.25 Descrição das Funções e Perfil do Motorista:

CARGO	MOTORISTA
Escolaridade mínima	Ensino Básico.
Requisitos Técnicos	Carteira de Habilitação em direção de veículos
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Atuar como motoristas dos veículos: administrativos, ambulâncias e outros.

14.7.1.26 Descrição das Funções do Coordenador de Tecnologia de Informação:

CARGO	COMPRADOR
Escolaridade mínima	Graduação em Tecnologia da Informação., Ciência da Computação, ou áreas afins.
Escolaridade Desejável	Pós-Graduação ou especialização em Gestão Sistemas da Informação, Gerenciamento de Redes ou áreas afins.
Requisitos Técnicos	Conhecimento em coordenação de equipe e planejamento estratégico do setor, integração e manutenção de sistemas. Elaboração de projetos de T.I. Experiência em planejamento e administração de rede, implantação ou integração de sistemas. Preferência que já conheça o segmento hospitalar.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo desenvolvimento, análise, e implementa sistemas de informação para diversos setores de atividade. Responsável pelo cuidado com os equipamentos, softwares, treinamentos de todos os trabalhadores

14.7.1.27 Descrição das Funções e Perfil do Técnico de Suporte:

CARGO	TÉCNICO DE SUPORTE
Escolaridade mínima	Curso Técnico de Informática
Escolaridade Desejável	Cursando graduação na área de Informática.
Requisitos Técnicos	Experiência em planejamento e administração de rede, implantação ou integração de sistemas. Preferência que já conheça o segmento hospitalar.

Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Auxiliar na implementação, treinamentos e manutenção dos Equipamentos de Informática e de Tecnologia da Informação.

14.7.1.28 Descrição das Funções e Perfil do Gerente de Enfermagem

CARGO	GERENTE DE ENFERMAGEM
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Experiência em Gestão de Unidades de Serviços de Saúde, Gestão dos Serviços de Enfermagem. Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar todas as atividades relacionadas aos cuidados assistências da Enfermagem.

14.7.1.29 Descrição das Funções e Perfil das Auxiliares Administrativas (Secretária de Clínicas da Enfermagem)

CARGO	SECRETÁRIAS DE CLÍNICAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio

Escolaridade Desejável	Cursando graduação em Enfermagem e/ou administração em serviços de saúde
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, responsabilidade, comunicação, negociação, comprometimento, disponibilidade, ética, tomada de decisão.
Funções	Executar o conjunto de atividades empregadas na assessoria imediata, tais como: controlar os arquivos e prontuários dos pacientes, tomando as providências necessárias para o agendamento de exames, auxilia a enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde nos processos administrativos, informações, equipes e comunicações internas e externas.

14.7.1.30 Descrição das Funções do Perfil do Enfermeiro Assistencial das Unidades:

CARGO	ENFERMEIRO
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização na Área que atuará
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Cabe privativamente, ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

14.7.1.31 Descrição das Funções e Perfil dos Técnicos de Enfermagem das Unidades:

CARGO	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
Escolaridade mínima	Técnico em Enfermagem
Escolaridade Desejável	Especialização na Área que atuará
Requisitos Técnicos	Experiência em Assistência na Enfermagem e supervisão da Equipe na Área que atuará. Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalha em equipe, agilidade, atenção dividida, motivação
Funções	Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, executar atividades de desinfecção e esterilização, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, integrar a equipe de saúde; participar de atividades de educação em saúde, inclusive: executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes e participar dos procedimentos pós-morte.

14.7.1.32 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Atendimento ao Cliente (Usuário)

CARGO	COORDENADOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
Escolaridade mínima	Graduação em Relações Pública ou Hotelaria
Escolaridade Desejável	Especialização em Administração Hospitalar, Gestão em Serviços de Saúde ou similar.
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalho em equipe, agilidade, atenção dividida, motivação

Funções	Responsável pela promoção em conjunto com sua equipe o primeiro atendimento ao usuário e propiciará o encaminhamento para os demais atendimentos, é o responsável por causar a boa imagem da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS perante o público interno e externo. Executará a estratégia de comunicação para transmitir informações e orientações sobre: a entrada e recepção das pessoas na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS (todas as recepções), a internação do assegurado, a alta, o informe aos familiares, a telefonia, o Serviço de Psicologia e Serviço Social da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.33 Descrição das Funções e Perfil das Auxiliares Administrativos – Recepcionistas:

CARGO	RECEPCIONISTAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursos de Aperfeiçoamento em Atendimento ao Público.
Requisitos Técnicos	Atendimento ao público, boa digitação. Desejável experiência na área hospitalar. Boa apresentação pessoal (aspecto de limpeza, seja asseado). Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelas atividades e procedimentos que processam os contacto, com os assegurados e seus familiares, médicos, enfermagem e outros profissionais que buscam informações na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS . É a principal dinamizadora da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , e o seu funcionamento espelha a imagem deste. Normalmente é da responsabilidade da Recepção a prossecução de reservas, Check in in (entradas)/Internação e Check out (saídas de pacientes), pagamentos, dar informações a clientes, controle do estado dos quartos, receber reclamações, entre muitas outras tarefas que resultam do contacto com os diversos agentes relacionados com o hospital.

14.7.1.34 Descrição das Funções e Perfil das Telefonistas:

CARGO	TELEFONISTAS
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursos de Aperfeiçoamento em Atendimento ao Público e Telefonia.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelos atendimentos telefônicos externos, ligações externas para os solicitantes, com controle das ligações, principalmente para telefones móveis. O Serviço de telefonia também é responsável pela comunicação através de sistema de Comunicação com todo o Hospital.

14.7.1.35 Descrição das Funções e Perfil do Psicólogo Hospitalar:

CARGO	PSICÓLOGO HOSPITALAR
Escolaridade mínima	Graduação em Psicologia
Escolaridade Desejável	Especialização Psicologia Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Dedicar -se ao estudo dos transtornos mentais e dos aspectos psíquicos de doenças não mentais dos assegurados hospitalizados e a nível ambulatorial. O Psicólogo Hospitalar atuará também no Serviços de Atenção a Paciente imunodeprimidos e outros.

14.7.1.36 Descrição das Funções e Perfil do Assistente Social:

CARGO	ASSISTENTE SOCIAL
Escolaridade mínima	Graduação em Serviço Social
Escolaridade Desejável	Especialização na área Hospitalar
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento e a execução de políticas e de programas sociais voltados para o bem-estar coletivo e para a integração do indivíduo assegurado, na sociedade. O assistente social trabalha com o acompanhando, analisando e propondo ações para melhorar as condições de vida de crianças, adolescentes e adultos assegurados. Cria campanhas de alimentação, saúde, educação e recreação e implanta projetos assistenciais, realiza campanhas de segurança no trabalho e acompanha funcionários nas questões de saúde, finanças, sociais e familiares.

14.7.1.37 Descrição das Funções e Perfil do Biólogo/Biomédico/Bioquímico:

CARGO	BIÓLOGO/BIOMÉDICO/BIOQUÍMICO
Escolaridade mínima	Graduação em Ciências Biológicas, Bioquímica ou Biomedicina
Escolaridade Desejável	Especialização em Hemoterapia/Hematologia e/ou Análises Clínicas
Requisitos Técnicos	Pacote Office.

Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	**NA HEMATOLOGIA:** processamento de todas as Bolsas de Sangue coletadas através de doação, bem como as provas cruzadas e demais procedimentos com o sangue e hemoderivados de doadores e receptores submetendo este sangue e os hemoderivados uma rigorosa análise sorológica, com testes de última geração para detecção de sífilis, doença de Chagas, hepatites B e C, AIDS, HTLV - I/II, etc. Também é responsável por preparar os serviços hemoterápicos realização das transfusões de sangue total e seus componentes, como concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crio precipitado, e os serviços imuno-hematológicos compreendem as tipagens sanguíneas, pesquisas de anticorpos antieritrocitários, identificação desses anticorpos, provas de compatibilidade pré-transfusionais etc. **NO LABORATÓRIO:** realização de exames de análises Clínicas: Bioquímica e Urinálises, Hematologia, Microbiologia, Parasitologia, Micologia, Baciloscopia e Imunologia, solicitados por médicos para pacientes hospitalizados, da emergência, Bloco Cirúrgico e outras solicitações de assegurados que se fizerem necessárias, bem como emissão de laudos em tempo pré-determinado pela instituição ou de acordo com as exigências de condições clínicas do paciente expostas pelo médico assistente no momento.

14.7.1.38 Descrição das Funções e Perfil do Técnico de Laboratório

CARGO	BIÓLOGO/BIOMÉDICO/BIOQUÍMICO
Escolaridade mínima	Técnico em Patologia Clínica
Escolaridade Desejável	Aperfeiçoamento em Hematologia, Hemoterapia e análises clínicas
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalho em equipe, agilidade, atenção concentrada, motivação
Funções	Auxiliar o Bioquímico, biomédico ou biólogo na Área de Hematologia ou no Laboratório de Análises Clínicas: coletando materiais do paciente bem como auxiliar nos trabalhos de bancada em análises clínicas (tais como sangue oculto nas fezes, urina I, microbiologia, dentre outros)

14.7.1.39 Descrição das Funções e Perfil dos Auxiliares Administrativos (Digitadores):

CARGO	DIGITADORES
Escolaridade mínima	Digitadores
Escolaridade Desejável	Ensino Médio
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsáveis pela digitação na íntegra de todos os laudos médicos e outros documentos solicitados pela chefia imediata.

14.7.1.40 Descrição das Funções e Perfil do Fisioterapeuta:

CARGO	FISIOTERAPEUTA
Escolaridade mínima	Graduação em Fisioterapia
Escolaridade Desejável	Especialização na Área de Reabilitação.
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Atuará nas unidades de Hospitalização, unidades de cuidados críticas e semicríticas, Internação Domiciliar e no Centro de Reabilitação. O fisioterapeuta ajuda um paciente a recuperar suas habilidades naturais e a viver sem esse tipo de incômodo, colabora para que ele tenha mais qualidade de vida. A função primordial do fisioterapeuta é prevenir, diagnosticar e tratar disfunções do organismo causadas por acidentes,

	malformação genética, vício de postura ou distúrbios neurológicos, cardíacos ou respirar rios. —Na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , seu trabalho é combater o sedentarismo. Para isso, deverá fazer avaliações posteriores também com os trabalhadores, para saber se a pessoa tem alguma restrição e, no caso de dores, investigo as causas. Normalmente elas estão associadas ao trabalho. No geral, o trabalho é executado em parceria com outros profissionais da área de saúde, como fonoaudiólogos, médicos e terapeutas ocupacionais. Além dos métodos de manipulação e ginástica, para restaurar e desenvolver a capacidade física e funcional do paciente, o fisioterapeuta faz tratamentos à base de água, calor e frio. Trabalha com idosos, gestantes, crianças e pessoas com deficiência física e mental.

14.7.1.41 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Laboratório de Análises Clínicas e Patológicas:

CARGO	COORDENADOR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLÓGICAS
Escolaridade mínima	Graduação Medicina ou Ciências Biológicas
Escolaridade Desejável	Especialização em Gestão de Serviços de Saúde.
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Exercerá funções de planejamento, supervisão, coordenação e controle. Com excelente controle de qualidade para realização dos exames e controle de qualidade nos referidos exames e equipamentos. ; planejar para suprir o departamento com todos os materiais, reagente e outros insumos, para o devido funcionamento de ambos laboratórios: Análises Clínicas (Bioquímica e Uro análises, Hematologia, Microbiologia, Parasitologia, Micologia, Baciloscopia e Imunologia) e Anatomia Patológica (Macroscopia e Patologia Cirúrgica, Citologia e Necrópsias).

14.7.1.42 Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar de Lavanderia/Camareira:

CARGO	AUXILIAR DE LAVANDERIA
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Ensino Médio
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsáveis pela coleta, pesagem, separação, lavagem, secagem e preparação da roupa para ser entregue e utilizada pelos usuários.

14.7.1.43 Descrição das Funções e Perfil da Costureira:

CARGO	COSTUREIRA
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Ensino Médio
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsáveis pelos reparos de roupas defeituosas, bem como confecção de novas peças de acordo com a padronização da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.44 Descrição das Funções e Perfil do Coordenador de Manutenção e Engenharia Clínica:

CARGO	COORDENADOR DE MANUTENÇÃO E ENGENHARIA CLÍNICA

Escolaridade mínima	Graduado em Engenharia
Escolaridade Desejável	Especialização em Engenharia Clínica
Requisitos Técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação, planejamento
Funções	Responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo do o mobiliário clínico ou administrativo.

14.7.1.45 Descrição das Funções e Perfil do Bombeiro Hidráulico:

CARGO	BOMBEIRO HIDRÁULICO
Escolaridade mínima	Ensino Técnico
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Hidráulica
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e corretiva de encanamentos e tubulações. É responsável pela manutenção preventiva de toda a rede hidráulica: água potável, esgoto e Planta de Tratamento de Água.

14.7.1.46 Descrição das Funções e Perfil do Eletricista:

CARGO	ELETRICISTA
Escolaridade mínima	Ensino Técnico

Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Elétrica
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e corretiva de toda o cabeamento elétrico, Geradores, cabines primárias e outros que necessitem de seu serviço

14.7.1.47 Descrição das Funções e Perfil do Técnico em Eletrônica:

CARGO	TÉCNICO EM ELETRÔNICA
Escolaridade mínima	Ensino Técnico
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Eletrônica
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva e corretiva na área de Eletrônica, responsável pela manutenção preventiva e corretiva de Equipamentos Eletrônicos da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.48 Descrição das Funções e Perfil do Pedreiro:

CARGO	PEDREIRO
Escolaridade mínima	Ensino Básico
Escolaridade Desejável	Curso de Aperfeiçoamento em Construção Civil
Competências	Atenção, organização e agilidade.

Funções	Responsável pela manutenção preventiva e de pequenas reformas na Estrutura Arquitetônica da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.49 Descrição das Funções e Perfil do Técnico em Caldeira:

CARGO	TÉCNICO EM CALDEIRA
Escolaridade mínima	Ensino Técnico
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Caldeira
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela manutenção preventiva de Caldeira, responsável pelo controle e acompanhamento diário do Complexo de Caldeiras e Boyler da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.50 Descrição das Funções e Perfil do Vigilante/Porteiro:

CARGO	VIGILANTE/PORTEIRO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Curso Profissionalizante em Vigilância e Segurança Patrimonial
Competências	Atenção, organização e agilidade.
Funções	Responsável pela primeira recepção das pessoas, controle de entrada e saída das pessoas e veículos. Responsáveis pelo monitoramento e vigilância de todo o Patrimônio da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

14.7.1.51 Descrição das Funções e Perfil do Auxiliar Administrativo (TODA POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS):

CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Escolaridade mínima	Ensino Médio
Escolaridade Desejável	Cursando nível superior
Requisitos Técnicos	Experiência com atendimento ao cliente, preferencialmente em Ouvidoria. Conhecimento em digitação, pacote office
Competências	Trabalho em equipe, empatia, organização, flexibilidade, relacionamento interpessoal, comunicação escrita e verbal
Funções	Atuar no serviço burocrático em qualquer departamento/setor da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS : controle e arquivamento de documentos, digitação, atendimento telefônico, organização de áreas administrativas.

15 METODOLOGIA DE PROJETOS

15.1 Apresentar a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, visão de futuro, oportunos cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.

15.1.1 Organização Das Atividades

A organização das atividades e serviços oferecidos na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS está descrita nos Procedimentos Operacionais das respectivas áreas e Regimento Interno da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , que fazem parte desta proposta técnica.

15.1.2 Descrição dos Serviços

Linha de Serviços da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS

- 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.

15.2 Nos projetos táticos e operacionais observar a definição dos objetivos a alcançar e definir as estratégias de implantação.

O Instituto CEM, acredita num Modelo de Gestão onde a valorização das pessoas é fundamental, a Gestão é focada em compartilhamento das informações e uma Gestão participativa., e diante disto o planejamento estratégico e tático, é desenvolvido com pessoas envolvidas em cada processo buscando o mapeamento inicial das atividades, bem como os base nas metodologias de gestão como SWOT, por exemplo, que identifica as

forças e as fraquezas, os riscos e as oportunidades, e assim estabelece, um plano de ação estratégico, para atuar diretamente sobre o que for apontado, partindo então para construção de um modelo de gestão único para cada unidade de saúde administrada pelo Instituto CEM.

Instituto CEM, acredita que a base de uma Gestão sustentável é a capacitação profissional, e por isso que a Educação Permanente é um de nossos pilares, e assim montamos um planejamento do futuro, e dividimos em três grandes blocos: **Planejamento Estratégico, Tático e Operacional**.

Planejamento Estratégico: Onde tudo começa, onde definimos as estratégias com foco no longo prazo da empresa, este montado voltado para a organização com um todo

Planejamento Tático: Aqui montamos os planos com foco no médio prazo e com um pouco mais detalhes que o Planejamento Estratégico, plano orientado as áreas e departamentos da empresa, sendo o detalhamento com os meios para atingir os objetivos e metas da organização

Planejamento Operacional: Montamos os planos mais focados no curto prazo, com as definições de métodos, processos e sistemas a serem utilizados para que a organização possa alcançar os objetivos globais.

Como resultado da etapa de Planejamento Operacional geralmente obtemos Planos de Ações e Cronogramas das atividades

Nossa estratégia está focada em:

- Sistema de informação adequado às necessidades de avaliar indicadores e varáveis que influenciam na qualidade da gestão;

- Gestão baseada em inteligência competitiva;

- Mapeamento e implantação de processos com foco no resultado;

- Técnicas de análise e implantação de indicadores de performance e desempenho (KPI's), Business Inteligence (BI) e gerenciamento de projetos.

- Prestação de serviços baseada na gestão do controle da área operacional, avaliação e definição de processos e programas;

- Gestão de Recursos Humanos: analise e acompanhamento dos indicadores de gestão e desenvolvimento de pessoas; Capacitação técnica e comportamental das lideranças, elaboração de cronograma e acompanhamento dos treinamentos internos da unidade; Implementação do programa de integração para o corpo clinico; Implementação de projeto para identificação, formação e retenção de talentos; implementação de projeto social – inserção de profissionais com necessidades especiais; pesquisa de clima organizacional periódica;

- Implantação das ferramentas de Gestão da Qualidade;

- Implantação de Gestão da Qualidade na Informação;

- Implantação dos protocolos de qualidade da gestão operacional;

- Definições de fluxos de processos e desenvolvimento da cadeia de valores;

- Desenvolvimento de relatórios gerenciais para tomada de decisão;

- Gestão das unidades de saúde com embasamento organizacional, com critérios definidos para todos os prestadores de serviços;

- Promoção da cultura de humanização dos serviços;

- Desenvolvimento e implantação de protocolos e trabalho padrão nas atividades tanto operacionais quanto administrativas, de acordo com as normas técnicas preconizadas pelo órgão de fiscalização.

15.2.1 Estratégia Operacional

As políticas públicas de saúde, programas e ações que têm a função de colocar em prática os serviços de saúde que são previstos na lei. O direito à saúde para todos os cidadãos é garantido na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental social. É pelas políticas públicas de saúde que esse direito é colocado em prática, através do oferecimento de serviços de saúde para a população.

A definição de política pública de saúde, tendo por base os princípios da **integralidade**, e **regionalização** que pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, e a organização da prestação dos serviços de saúde, descentralizado, para que o sistema seja eficiente a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, a oferta dos serviços de saúde adequados ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Na parceria estabelecida com o Instituto CEM, uma das principais metas pactuadas será conseguir avançar na prática abrangente e qualificada para a Atenção Básica, por meio de acesso as Consultas de Especialidades Médicas e Serviços de Apoio e Diagnóstico, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre SES-GO, o Gestor Estadual, e o Instituto CEM, assentado em bases jurídicas solidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e

especificas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação de sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação.

As ações devem estar orientadas pelo Princípio da Complementariedade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual. O Instituto CEM ainda adotará as seguintes ações para a implantação da estratégia operacional:

- Apoiar o Plano de Qualificação Assistencial no âmbito da Unidade de saúde a partir do estabelecimento das seguintes diretrizes:
- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações inter-regionais.
- Facilitar a participação e o acesso dos colaboradores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde.
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários.
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades.
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças.
- Envolver os colaboradores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança.
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência.
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo Princípio da Complementaridade.
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo.
- Avaliar a efetividade e a pertinência das ações utilizando o feedback recebido da população que participou das atividades realizadas.
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a favor da Gestão Estadual de Saúde.
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços.
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados.
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto.
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.
- Iniciar o processo de gestão integrada elegendo com a Gestão Estadual, uma linha de

cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado.

- Os coordenadores de linha têm como atribuições principais a facilitação e estímulo a uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção.
- Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado e objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS deve criar e implementar um Conselho Local de Saúde para melhor articular as tomadas de decisões.
- Também são atribuição dos coordenadores o desenvolvimento de projetos que promovam a Melhoria da Atenção na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , e os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos pontos críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade de Assistência. Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que o Instituto CEM, no processo de publicização realizará procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do Fortalecimento da Gestão Estadual.

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no Policlínica até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar. Considerando que atualmente O HOSPITALembora tenha sua atividade hospitalar com Urgências e Emergências, acaba por atender em Pronto Socorro cerca 80% de Fichas, tendo sua triagem em protocolo de Manchester em verde e Azul, a falta de UTI, também é um fator que implica na dependência da Regulação Estadual, os atendimentos via Sala Vermelha, há casos que já permaneceram mais de 48 horas na espera de uma vaga, para poder ser encaminhado para o hospital da rede.

15.2.2 Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial

São estratégias que o Instituto CEM adotará para melhorar a 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 hospitalar.
- 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 REGIONAL - UNIDADE GOIÁS .

15.2.3 Estratégia Para A Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social e 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.

15.2.4 Modernização Gerencial

15.2.5 Ferramentas da Qualidade

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , 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. De acordo com os especialistas e usuários serão incorporadas as ferramentas de controle e/ou de planejamento.

Abaixo as principais ferramentas a serem utilizada pela gestão da unidade:

15.2.5.1 O Pdca

O PDCA é uma ferramenta da Qualidade, a ser utilizada para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e alcançar resultados eficazes nas atividades da organização.

As etapas do PDCA são compostas por quatro fases: Planejar;Executar;Verificar, e; Atuar corretivamente.

O PDCA é implantado em 3 fases conforme fluxograma a seguir:

P (Plan) - PLANEJAR

Nesta etapa são definidas as metas. Após definidas as metas, deve-se buscar os meios necessários (humanos, físicos, financeiros etc.) e os respectivos procedimentos para alcançá-las;

D (Do) – Desenvolver/Executar

Nesta fase os envolvidos devem ser treinados nos procedimentos (os quais, por sua vez, têm como base as metas pré-definidas) e em seguida deve-se realizar as atividades, tabulando e armazenando dados para a fase posterior de verificação;

Etapa de gestão, na qual verifica-se se as ações executadas estão de acordo com os procedimentos, e se as metas estão sendo atingidas. Os dados utilizados são os coletados na etapa anterior;

Check- Verificação

Esta é uma das etapas mais importantes que definem o conceito do PDCA num ciclo. Depois de checar, vamos procurar agir de forma melhorada:

Verificar se o padrão esta sendo obedecido

Verificar o que está funcionando e o que está dando errado

Perguntar por quê?, a cada passo (novamente, se um problema é detectado, recorre-se aos 5 porquês)

Com as respostas, treinar o método definido

Analisando cuidadosamente cada um desses pontos, será possível tornar o método de trabalho que resolve o problema ainda mais assertivo e eficiente.

A (Act) – Agir

Esta etapa é a corretiva, ou seja, se o procedimento não está sendo observado adequadamente pela equipe ou mesmo se o procedimento necessita ser revisto, porque não está satisfazendo à necessidade de atingir às metas, é necessário atuar corretivamente, através de planos de ação, para correção de procedimentos, ações etc. visando atingir as metas estabelecidas.

O objetivo final é a melhoria contínua a partir do atingimento das metas

1. METODOLOGIA DE ANÁLISE E MELHORIA DE PROCESSO-MAMP

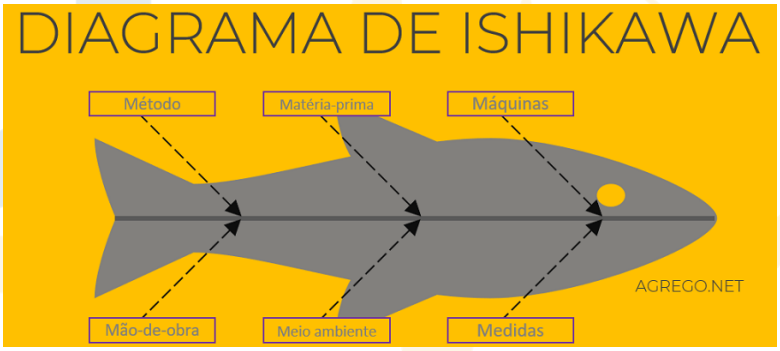
A ferramenta **MAMP** que tornou-se o modelo mais aplicado no setor de saúde em virtude da aderência aos diversos programas de acreditação e melhoria da qualidade. É uma ferramenta já bastante difundida, muito útil em qualquer processo que almeje atingir níveis de excelência na qualidade dos produtos ou serviços ofertados, e para a obtenção de certificações e acreditações em geral.

O objetivo é melhorar permanentemente os processos da instituição, através de metodologia padronizada, de relativamente fácil apreensão e monitoramento e ainda possibilita a identificação de desvios, correção de erros produzindo alertas para disparar as ações corretivas.

Mapeamento são formas de se fazer alguma coisa eprocesso é composto por etapas que controlam ou transformam materiais, serviços ou mesmo outros processos.

As etapas do MAMP são assim definidas:

- ✓ Mapeamento do processo;
- ✓ Elaboração de fluxograma;
- ✓ Identificação do problema;
- ✓ Priorização dos problemas;
- ✓ Identificação das causas dos problemas;
- ✓ Priorização das causas dos problemas;
- ✓ Identificação das alternativas de solução;
- ✓ Normatização do processo corrigido.



https://www.google.com/search?q=DIAGRAMA+DE+ISHIKAWA&rlz=1C1CHZL_pt-BRBR769BR769&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjcnbLej5TiAhXrD7kGHUmf

Após essa identificação, devem ser estabelecidas as características de qualidade do produto que irão satisfazer o cliente e que devem ser transformadas em grandezas mensuráveis, denominadas itens de controle.

Itens de controle são características mensuráveis por meio das quais um processo é gerenciado.

Para a Qualidade Total, qualquer problema representa um resultado indesejável de um processo, ou seja, um item de controle que não atingiu o esperado.

O único critério para a existência de um problema é a insatisfação do responsável pelo controle do processo com os resultados obtidos em seu item de controle.

Desse modo, observa-se que, nos dias de hoje, o bom gerente não é mais aquele que não possui problemas por estar acomodado, mas sim aquele que identifica seus problemas e procura melhorar os resultados de seus processos.

Controlar um processo é saber identificar um problema, analisar o processo, padronizá-lo e estabelecer itens de controle para que o problema nunca mais volte a ocorrer.

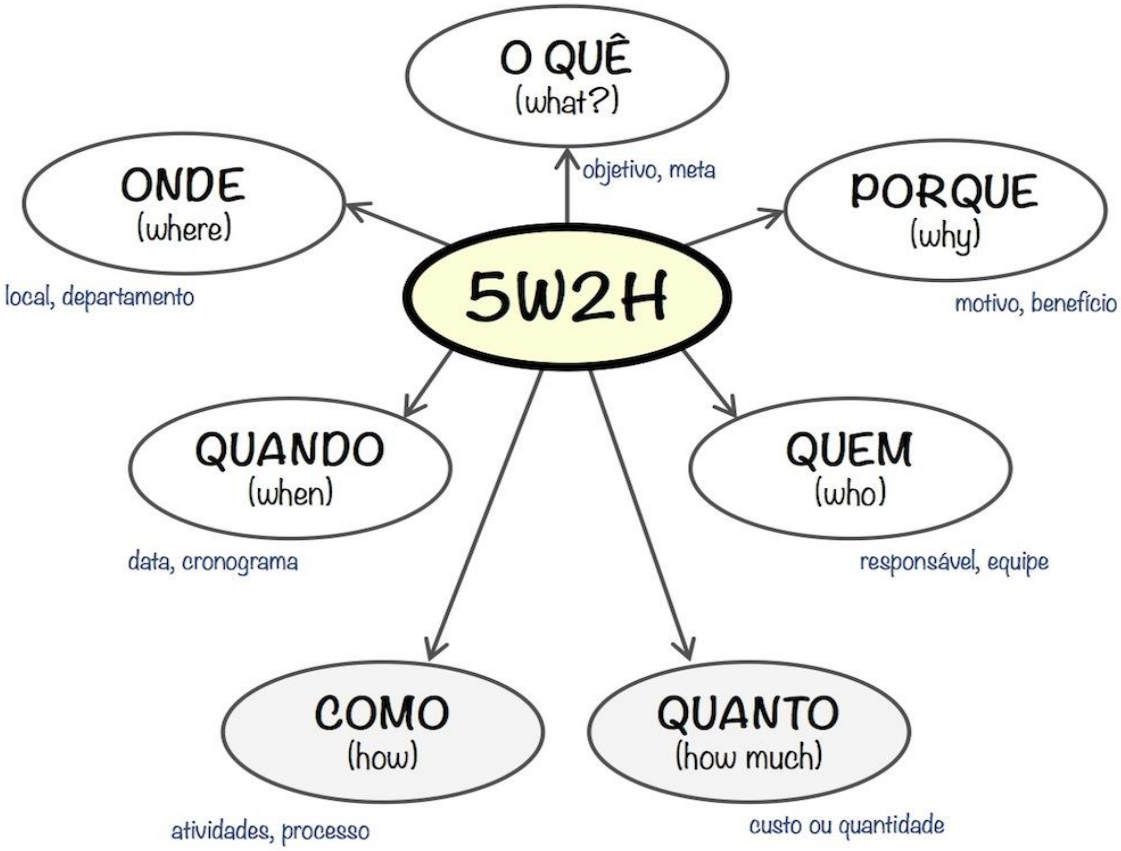
15.2.5.2 Programa De Melhoria Contínua/5w2h

Nesta fase serão aplicadas as melhorias nas causas dos problemas. Para isso, é importante trabalhar próximo das pessoas que estão no desenvolvimento do produto e processos.

Na fase de Melhoria o documento mais importante a ser elaborado pela equipe é o Plano de Ação. Uma boa recomendação é o uso da ferramenta conhecida como 5W2H. Nele devem constar, no mínimo:

- ✓ Ação a ser tomada (com base nas fontes de variação identificadas durante a fase de Análise);
- ✓ Responsável por cada ação;
- ✓ Data prevista de implementação;
- ✓ Data de emissão do documento e data de revisão;
- ✓ Se possível, um indicador de acompanhamento da ação..

Possivelmente muitas soluções serão apresentadas e algumas serão testadas. As etapas deste processo são: Levantamento de possíveis soluções; Implantação das soluções e Avaliação de eficiência.



https://www.google.com/search?q=5W2H&rlz=1C1CHZL_pt-BRBR769BR769&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiRzeGblJTiAhUOKrkGHb8eCqgQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgrc=pcQbWB_6mG84CM:

15.2.5.3 Balanced Scorecard – Bsc

O Balanced Scorecard -BSC surgiu da necessidade de criação de valor das organizações não só por uma perspectiva financeira, mas também por uma perspectiva baseada no conhecimento, que explora os ativos intangíveis da organização. O BSC foi desenvolvido originalmente por dois professores da Harvard Business School, Robert Kaplan e David Norton em 1992. Os professores desenvolveram essa ferramenta com o objetivo de resolver as limitações percebidas sobre os indicadores disponíveis, que não mais eram suficientes para se avaliar o valor e o desempenho das empresas, adotando um principio de gestão balanceada. Com esse princípio, será possível a quantificação de ativos tangíveis e intangíveis.

Conforme a metodologia de Robert Kaplan e David Norton, os objetivos do BSC, de acordo com a estratégia, são relacionados em 4 perspectivas: financeira, cliente, processos internos e aprendizado e crescimento.

Conceitualmente, o Balanced Scorecard é um sistema de gestão estratégica baseado em indicadores de desempenho que promove o alinhamento de todas as atividades do negócio com a estratégia, monitorando constantemente o desempenho dos objetivos estratégicos. Sua construção tem como principais objetivos:

- ✓ Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia em termos operacionais;

  Comunicar a estratégia para toda a organização (visão compartilhada);

- ✓ Garantir que os componentes da estratégia, objetivos, indicadores e ações estejam relacionados entre si;
- ✓ Desenvolver o aprendizado estratégico;
- ✓ Formar a base de um processo de gerenciamento estratégico integrado, contínuo e eficiente.

15.2.5.4 Análise Swot

.A análise SWOT - Strenghts (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças) - é utilizada para analisar cenários de uma organização no seu ambiente interno e externo.

Os objetivos da análise SWOT são:

- ✓ Efetuar uma síntese das análises internas e externas; Identificar elementos-chave para a gestão da organização, o que implica estabelecer prioridades de atuação;
- ✓ Preparar ações estratégicas.

A análise SWOTpode ser organizada em uma matriz 2×2. Em uma das dimensões têm-se os pontos fortes e as oportunidades de melhorias como pontos favoráveis à instituição e os pontos fracos e as ameaças como pontos desfavoráveis à instituição. Na outra dimensão têm-se os pontos fortes e fracos como fatores internos da instituição e as ameaças e oportunidades de melhoria como fatores externos à instituição.

15.2.5.5 Gráfico de Pareto

É um gráfico de barras que apresenta, de forma estratificada, as várias causas de um problema auxiliando na determinação da prioridade na resolução deste. Princípio de Pareto (80/20):

É baseado na regra 20/80, que declara que para todo problema existem poucas causas vitais e muitas triviais;

20% de causas explicam 80% dos problemas;

Ao se distinguir e atacar os itens mais importantes maior será a melhoria obtida.

Por que usar o Gráfico de Pareto

Gráfico de barras que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo a priorização dos problemas;

Sua maior utilidade é a de permitir uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais importantes, possibilitando a concentração de esforços sobre os mesmos.

15.2.5.6 Diagrama de Ishikawa ou causa e efeito ou "espinha de peixe"

É um gráfico de barras que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo a priorização dos problemas, baseado no princípio de Pareto (poucos essenciais, muitos triviais), isto é, há muitos problemas sem importância diante de outros menos frequentes, mas mais graves.

Mostra a relação entre um conjunto de causas que provoca um efeito ou problema e sua maior utilidade é a de permitir uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais importantes, possibilitando a concentração de esforços sobre os mesmos.

É uma forma organizada de correlacionar o efeito com suas causas, agrupando-as em "famílias de causas":

Mão de obra: treinamentos, pessoas, motivação, etc.

Métodos: procedimentos, rotinas, fluxos, etc.

Materiais: utensílios, medicamentos, papel, etc.

Máquinas: equipamentos, manutenção, etc.

Meio Ambiente: temperatura, ergonomia, etc.

Medidas: quantidades, dimensões, limites, etc.

Vantagens

Fazer com que pessoas que conheçam o problema em conjunto ou a classificação de várias causas, pensem, estabeleçam prioridades e desenvolvam um plano de ação;

Funciona com qualquer tipo de problema;

Dá uma organização lógica à abordagem do problema;

Torna possível obter ideias rapidamente;

Identifica causas potenciais de um problema e mostra as relações entre causas e efeitos;

Ajuda a estabelecer prioridades;

Estabelece objetivo em comum.

15.2.6 Plano de Ação

Após a elaboração do diagnóstico situacional, o CEM realizará as seguintes ações:

- Período pre operacional : Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados - como consultas médicas e não médicas especializadas, procedimentos e exames diagnósticos, a SES/GO irá adotar um cronograma específico para a ativação progressiva com objetivo de evitar repasses financeiros desproporcionais ao volume assistencial.

- Esse período tem a duração programada de 90 dias e envolve realização de ajustes e escalonamento das metas.

- Elaborar cronograma de execução das adequações da estrutura-física da unidade e encaminhará SES-GO para aprovação

- Instituir as normas e rotinas -de aquisição, recebimento e guarda de materiais e medicamentos;

- Instituir o plano de manutenção dos equipamentos, com a contratação de empresa especializada e Instituir protocolos operacionais padrão para os processos de trabalhos dotados na unidade;

- Aprimorar o acolhimento de usuários e pacientes atendidos na unidade

- Fortalecer os relacionamentos entre as diversas unidades de saúde que terão a unidade como referência por meio do Núcleo Interno de Regulação

- Realizar reuniões e eventos para discussão e problematização dos fluxos da regulação de acesso

- Realizar avaliações trimestrais para corrigir e melhorar as ações do Plano de Ação,

Demanda de recursos humanos, esses serão redimensionados de forma a existir um quantitativo de profissionais necessários para o cumprimento das metas com o menor custo para o Erário, sempre observando as normas da Vigilância Sanitária e dos Conselhos de Classe e o cronograma proposto.

Implantação/mudança da Cultura Organizacional, este será próximo passo seguinte a ser adotado pelo CEM, no segundo mês de gerenciamento da unidade. Essa mudança é necessária, pois o CEM adota as regras da gestão, na definição da Ciência da Administração de Empresas, do sistema privado, com regras rígidas de cumprimento de carga horária, apresentação de resultados com fixação de metas de equipe, dotação do sistema de meritocracia para o reconhecimento dos colaboradores e servidores que efetivamente contribuem para o cumprimento das obrigações e metas do contrato de gestão.

As próximas ações serão:

- Promover uma ação de comunicação junto à comunidade para que essa seja informada que a mudança do gerenciamento da unidade do Poder Público para uma gestão compartilhada com o CEM resultará em melhoria da qualidade do atendimento assistencial com o aumento gradativo da oferta de serviços
- Implantar os níveis hierárquicos a no máximo 3 níveis, Direção, Gerência e Coordenação, definindo claramente as funções e responsabilidades de cada cargo.
- Identificar os líderes dentro da unidade e iniciar o processo de diálogo para reduzir os níveis de corporativos e introjetar a cultura da produção de resultado com qualidade nas equipes, independente do sistema de contratação do trabalhador.
- Implantar softwares e soluções informatizadas para gerenciamento da unidade, com adoção de prontuário eletrônico do paciente, sistema de registro eletrônico de ponto, monitoramento eletrônico do ambiente com sistema de câmeras.
- Implantar o Sistema de Atendimento ao Usuário – SAU, como ponto avançando da Ouvidoria do SUS na unidade, de forma a ouvir o usuário, apresentando soluções para suas queixas, bem como divulgar as avaliações positivas feitas por esses.

Por fim, com relação aos recursos humanos, haverá o investimento na gestão profissional do pessoal, com a contratação de empresa de RH, que realizará, regularmente, pesquisa de clima organizacional, promoção de ações de educação continuada e projetos de redução de conflitos internos da equipe.

15.2.6.1 Ações para a Promoção da Qualidade Técnica

- Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários.
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades.
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para desenvolvimento dessas alianças.
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança,
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência.

- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços. Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade ê da correta análise dos dados coletados.
- Incorporar mecanismos de alocação de: recursos dispor infraestrutura recursos humanos e tecnológicos necessários pata o projeto,
- Promover suportes logísticos necessários para o projeto

15.2.6.2 Ações para a Gestão de Serviços

- Realizar, no primeiro mês de atividades, o Planejamento Estratégico para o início da parceria com apresentação do modelo gerencial à unidade para validação e incorporação do modelo proposto aos funcionários da Unidade, às corporações que fazem articulação com a Unidade, prioritariamente com a Secretaria Estadual de Saúde.
- Desenvolver processos, em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extras setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis.
- Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção Básica no âmbito da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS
- Gerenciar os recursos disponíveis, de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção.
- Articular com a Gestão Estadual para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe.
- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico, e outras, pactuadas
- Cooperar com os atendimentos em saúde, se necessário, visando melhor articulação com os diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde.
- Trabalhar, respeitando a cultura organizacional, fomentando mudanças do modelo assistencial.
- Avaliar as necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos, tais como recursos humanos, materiais, financeiros e informacionais, necessários às áreas administrativa e assistencial, para que sejam atendidas as necessidades da população.
- Elaborar relatórios mensais para que esses sejam discutidos em instância colegiada.
- Monitorar, diariamente, o fluxo de informação entre a Unidade e a Central de Regulação.
- Informatizar todos os processos relativos à Unidade.

- Compartilhar as regras da Unidade com as estruturas de logística (Regulação, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados,

15.2.6.3 Ações para a Gestão de Pessoas

- Conhecer a equipe, saber-quais são os pontos fortes e fracos para poder atribuir tarefas específicas de acordo com as habilidades de cada um.
- Ter a gestão de RH voltada para' fazer a conexão entre pessoas e o sucesso da instituição, atrelando seus resultados da instituição
- Avaliar os níveis de eficiência e eficácia dos v processos e subprocessos de RH por meio de indicadores, medições, sistematicamente, de modo a compor um conjunto dados que privilegie todos os aspectos importantes da gestão.
- Estabelecer estratégias que reorientem a Administração o desenvolvimento e a formação de Recursos Humanos - RH.
- Desenvolver ações para regularizar atendimento à comunidade por meio de RH qualificado.
- Orientar todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam e de acordo com suas atribuições,
- Preparar o pessoal necessário, tornando-o habilitado ao pleno exercício das atividades.
- Dispor de pessoal capacitado e de infraestrutura necessária para prestar um atendimento de qualidade, com resposta oportuna e efetiva.
- Definir mecanismos de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, entre outros.
- Ouvir a equipe com atenção, dar valor às suas sugestões de melhorias integral e integrada.

15.2.6.4 Visita Técnica

A equipe técnica do Instituto CEM, efetuou visita técnica na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS , constatamos que do ponto de vista estrutural o Hospital encontra-se em boas condições prediais, que a limpeza e conservação também demonstra qualidade , uma vez que ainda será inaugurado, ponto de atenção se dá para preocupação de todos os equipamentos necessários para funcionamento dos Exames – SADT, estarem instalados até data de início de contrato, uma vez que isto impacta para atingimento da metas contratuais, de acordo com instalação dos equipamentos, iremos montar um cronograma progressivo para início das atividades e e serviços como hemodiálise e odontologia, necessitarão de projeto de investimento arquitetônico,.

Necessidade de mobiliários e de Equipamentos de Informática, instalação de internet, e rede telefônica.

Implantação de sistema de comunicação e início das tratativas com Complexos Estaduais e Municipais, da macrorregião que será atendida pelo Hospital.

15.2.6.5 Estratégia Para A Implantar Do Clima E Cultura Organizacional Da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS

Uma nova cultura deverá ser implementada, onde os colaboradores serão valorizados minimizando os conflitos. Deve-se privilegiar a gestão compartilhada, entre os entes Estatutários e Celetistas, sempre com fito na melhor prestação de serviços para os Usuários do SUS.

Existem algumas estratégias clássicas para a implementação de mudanças de clima e de cultura organizacional, tais como: tratar os empregados como ativos valiosos, fornece oportunidades para o crescimento e desenvolvimento, e clarificar papéis e responsabilidades.

Assim, o Instituto CEM se propõe a compreender as expectativas e construir junto com os colaboradores essa nova visão de futuro para o Policlínica , alicerçado no compromisso de promover uma administração eloquente, parceira, responsável e fiel ao cumprimento das obrigações assumidas junto a SES/GO.

15.2.6.6 Período de Implantação do Modelo de Gestão

Em função do caráter inovador deste tipo de serviço e também dos desafios para os gestores municipais e estaduais das redes de saúde na utilização adequada dos recursos disponibilizados – o Instituto CEM irá adotar um cronograma específico para a implantação do Modelo Gerencial

Esse período tem a duração programada de 90 dias e envolve realização de ajustes e escalonamento das metas. Durante esse período, o **INSTITUTO CEM** identificará a melhor disposição para os consultórios e equipamentos, dentro da unidade, treinamento das equipes nos sistemas.

15.2.6.7 Cronograma De Execução

Etapa	Duração (dias)	Atividades	Detalhes Atividades
PERIODO	Do 1º ao 90º dia (1º trimestre)	Iniciar ativação progressiva das atividades, com objetivo de evitar. Iniciar as reniões e conversas com Complexos Municipais e Estaduais, para parceria e habilitação da nova Policlinica, para que as ações conjuntas tenham efetividade	

		Implantação da Estratégia de Regulação efetiva, que privilegie toda demanda que envolve o atendimento na POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS Estruturar Nir, e implantar os processos de Regulação Interno, juntamente Ouvidoria, Sac Divulgação para População sobre inicio das atividades a Policlínica, objetivo conscientização Acompanhar se todos os Equipamentos para efetivação da implantação do SADT, está na unidade, e iniciar cronograma por especialidade. Iniciar as Consultas de Especialidades	
Fase 1	Do 1º ao 90º dia (1º trimestre)	Mobilização:	
		Análise Situacional	
		Iniciar Adequação de novo perfil da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS	
		Início Implantação fase 1 – 40% dos serviços na unidade	
		Recrutamento/Seleção e Treinamento de Pessoal (CLT);	
		Contratação e manutenção de Recursos Humanos	Manutenção do quadro funcional adequado às necessidades dos serviços
		Capacitação e desenvolvimento de educação permanente	Garantir substituições imediatas em caso de afastamento por licença médica, férias e/ou desligamento
			Ampliação das possibilidades de ação profissional

			Aprimoramento e atualização de conhecimentos técnico especializado
		Implantação fase Recrutamento e Seleção	
		Inicio de Educação continuada	
		Revisão/Adequação e Ajustes de Equipamentos (CME, SENUT, Lavanderia, Laboratório, Radiologia e demais que se façam necessários);	
		Revisão/Adequação e Ajustes de Instalações Físicas (CME, SENUT, Lavanderia, Laboratório, Radiologia e demais que se façam necessários);	
		Seleção e contratação de serviços terceirizados;	
		Instalação de novos equipamentos adquiridos;	
		Revisão/ ajustes e aquisição de material de uso hospitalar, medicamentos e insumos;	
		Seleção e contratação de serviços de manufatura do enxoval (pacientes, acompanhantes, colaboradores e serviços);	
		Seleção e contratação de serviços gráficos (confecção de impressos dos diversos serviços);	
		Higienização e limpeza das áreas operacionais e de apoio, incluindo reservatórios de água;	
		Revisão/Ajuste e Adequação da sinalização dos serviços;	
		Tratamento de pisos (limpeza e aplicação de selante);	
		Implantação de sistema informatizado para gerenciamento das atividades assistenciais e administrativas;	

		Seleção e contratação do Corpo Clínico (PJ);	
Fase 2	Do 91º ao 180º dia (2º trimestre)	Revisar, adequar e elaborar instrumentos normativos e organizacionais (Regimentos, Normas, Rotinas, Plano de Desenvolvimento de RH e Protocolos Operacionais);	
		Compor, regulamentar, instalar e implantar as Comissões e Núcleos de Trabalho;	
		Iniciar operacionalização do Ambulatório, SADT.	
		<u>Organização e Operacionalização:</u>	
		Implantar e implementar Regimentos, Normas, Rotinas, Protocolos Operacionais e Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos;	
		Implantação Analise de Fluxos e Processos de Gestão - Indicadores de Qualidade	
		Revisar, adequar, consolidar e incrementar a operacionalização dos serviços assistenciais;	
		Revisar, adequar, consolidar e implementar a operacionalização dos serviços de infraestrutura e apoio logístico;	
		Acompanhar e monitorar tempo de espera dos usuários e avaliar satisfação através de formulário específico;	
		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	

Fase 3	Do 181º ao 360º (3º trimestre em diante)	Acompanhamento e avaliação dos Recursos Humanos	Garantir controle do cumprimento da jornada de trabalho
			Promover a identificação, resgate e valorização de competências e habilidades profissionais.
			Implementar o Plano de Desenvolvimento de RH;
			Iniciar avaliação de desempenho dos colaboradores;
		Implementar o funcionamento das Comissões e Núcleos de Trabalho;	
		Identificar e estabelecer articulação com os Equipamentos de Saúde, Sociais e de Educação da Região;	
		Identificar e estabelecer articulação com os segmentos organizados da sociedade local;	
Fase 4	Do 361º ao último dia (4 trimestre em diante)	Consolidar a articulação com as Centrais de Regulação (Estadual e Municipal);	
		Implantar e implementar os Projetos Assistenciais de Saúde e Sociais.	
		Operacionalização, Avaliação e Incrementos:	
		Operacionalizar os serviços assistenciais;	
		Operacionalizar os serviços de infraestrutura e apoio logístico;	

		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	
		Atuação junto à população e órgãos competentes em programas de informação e participação social	Promoção da Educação em Saúde
			Fortalecimento do controle social
Fase 5	Do 361º ao último dia (2º ano em diante)	Estruturação de metodologias de gerenciamento dos processos de trabalho em saúde	Implementações de rotinas, procedimentos e protocolos.
			Instrumento de coleta de dados e processamento das informações em saúde
		Avaliação das metas de desempenho	
		Avaliação das metas de de produção quantitativas	
		Avaliar e ajustar todos os serviços para o cumprimento permanente de metas qualitativas; - Incrementar as metas quantitativas.	

16 PROPOSTA FINANCEIRA

16.1MODELO DE GESTÃO E METAS

O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Instituto CEM deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

O INSTITUTO CEM terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo PARCEIRO PÚBLICO.

As metas de produção da POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, 48 (quarenta e oito) meses, e compõem Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho, e serão regidas pelo Plano Operativo.

16.2VIGÊNCIA

Os serviços, objeto desta proposta, serão iniciados a partir da publicação do resumo do Contrato na imprensa oficial, podendo ser prorrogado na forma legal.

O contrato celebrado com o INSTITUTO CEM para a prestação dos serviços deste Termo de Referência terá prazo de vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

16.3 DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO

O Instituto CEM, deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse) da Minuta Contratual, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

a) O montante do orçamento econômico-financeiro do POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS é estimado mensalmente em **R$ 2.165.604,84** (dois milhões, cento e sessenta e cinco mil, seiscentos e quatro reais e oitenta e quatro centavos) no

Percentil 50, em **R$ 25.987.258,13** (vinte e cinco milhões, novecentos e oitenta e sete mil, duzentos e cinquenta e oito reais e treze centavos) para 12 (doze) meses de Contrato de Gestão e em R$ 103.949.032,53 (cento e três milhões, novecentos e quarenta e nove mil, trinta e dois reais e cinquenta e três centavos), para os 48 (quarenta e oito) meses do Contrato de Gestão.

b) Juntamente com o valor do custeio mensal, poderá ser repassada uma quantia referente aos programas de residência aos quais o PARCEIRO PRIVADO desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa,

16.4DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS

O pagamento será efetivado mediante a liberação de **48 (quarenta e oito) parcelas mensais**, seguindo- Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse), sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento) com base na avaliação de indicadores de desempenho.

Do montante global dos 48 (quarenta e oito) meses, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de mensal de R$1.949.044,36 (um milhão, novecentos e quarenta e nove mil quarenta e quatro reais e trinta e seis centavos), sendo distribuídos percentualmente da seguinte forma:

16.5REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 11 (onze) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas Plano Operativo.

Para o funcionamento da POLICLÍNICA REGIONAL - UNIDADE GOIÁS, serão consideradas as seguintes linhas de serviços e produção estimada, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

16.5.1 Atividades Mínimas a Realizar de acordo com os critérios estabelecidos

- 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.

16.5.2 Prestação de Contas

As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto neste Anexo Técnico V, ou ser alterado conforme portaria ou decreto vigente.

Os resultados deverão ser apresentados pelo INSTITUTO CEM mensalmente.

O Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pela POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo INSTITUTO CEM para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o INSTITUTO CEM poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

A cada período de 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo INSTITUTO CEM, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho:

Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

O INSTITUTO CEM deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

16.6PROPOSTA - PLANILHA DE DESPESAS MENSAIS

	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12	Total
1. Pessoal	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**394.633,58**	**4.735.602,96**
1.1. Salários	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	163.967,26	1.967.607,12
1.2. Outras Formas de Contratação	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	60.000,00
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	225.666,32	2.707.995,84
2. Medicamentos	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**35.000,00**	**420.000,00**
3. Materiais	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**46.000,00**	**552.000,00**
3.1. Materiais Hospitalares	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	540.000,00
3.2. Gases Medicinais	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	12.000,00

	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12	Total
4. Materiais Diversos	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**56.400,00**	**676.800,00**
4.1. Material de Higienização	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	2.650,00	31.800,00
4.2. Gênero Alimentício	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	174.000,00
4.3. Material Expediente	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	10.950,00	131.400,00
4.4 Combustível	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	324.000,00
4.5 Glp	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	15.600,00
5. Serviços de Apoio	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**38.709,36**	**464.512,32**
5.1 Laboratório	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	38.709,36	464.512,32
6. Manutenção	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**33.750,00**	**405.000,00**
6.1. Material / Serviços	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	33.750,00	405.000,00

	Mês1	Mês2	Mês3	Mês4	Mês5	Mês6	Mês7	Mês8	Mês9	Mês10	Mês11	Mês12	Total
7.Seguros/Impostos/Taxas	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**1.000,00**	**12.000,00**
7.1. Seguros	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00	4.800,00
7.2.Impostos/Taxas	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	7.200,00
8. Telefonia	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**1.450,00**	**17.400,00**
9. Água	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**1.300,00**	**15.600,00**
10. Energia Elétrica	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**19.450,00**	**233.400,00**
11. Prestação de Serviços Terceiros	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**1.522.011,90**	**18.264.142,80**
12. Informática	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**15.900,00**	**190.800,00**
13. Total	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**2.165.604,84**	**25.987.258,13**

Anexos

17 ANEXOS

17.1 Anexo – Declarações

17.2 Anexo – Qualidade Técnica - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios

17.3 Anexo – Qualidade Técnica – Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de central de esterilização e laboratório.

17.4 Anexo – Qualidade Técnica –protocolos da equipe multiprofissional com rotinas por nível de qualificação dos profissionais

17.5 Anexo – Qualidade Técnica – Protocolo Carreta prevenção e rastreamento do Câncer

17.6 ANEXO - Incremento de Atividades – Programas Especiais

Proposta de Trabalho

POLICLÍNICA REGIONAL

UNIDADE GOIÁS

18/10/2021

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE GOIÁS**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 07/2021.

INSTITUTO CEM

VOLUME 5

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74810-100, GOIÂNIA/GO - TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

Protocolos Assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios

Sumário

1 PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINA.....2499
1.1 ROTINAS PARA O AMBULATÓRIO 2501
1.1.1 Fluxo de Atendimento Ambulatorial 2501
1.2 Normas Gerais.....2502
1.3 Marcações de Consultas e Exames.....2505
1.4 Ala Interna do Ambulatório 2506
1.5 Marcação de Procedimentos.....2507
1.6 Unidade Ambulatorial.....2507
1.7 Procedimentos Médicos:.....2508
1.7.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório 2508
1.7.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia 2509
1.7.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna 2521
1.7.4 Procedimentos Médicos: Neurologia 2560
1.7.5 Procedimentos Médicos: Materno/Infantil..... 2630
1.7.6 Procedimento Médico: Atenção Primária 2651
1.7.7 Procedimento Médico: Plantões De Sobreaviso: 2653
1.7.8 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica 2653
2 ROTINA OPERACIONAL.....2656
2.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem) 2656
2.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado.....2657
2.3 Solicitação de Exames de Imagiologia 2658
2.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos.....2659
3 PROTOCOLOS CLINICOS -AMBULATORIAIS 2661
3.1 INTRODUÇÃO 2661
3.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER 2666
3.3 ANESTESIA 2666
3.3.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS..... 2666

4 CARDIOLOGIA 2669
4.1 CARDIOLOGIA GERAL 2669
4.1.1 Insuficiência cardíaca 2669
4.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária 2671
4.1.3 Arritmias 2673
4.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico . 2675
4.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA 2678
4.2.1 Doença aterosclerótica coronariana 2678
4.3 CARDIOLOGIA VALVULAR – 2680
4.3.1 Doença orovalvular 2680
5 DERMATOLOGIA 2683
5.1 DERMATOLOGIA GERAL 2683
5.1.1 Micoses superficiais, Micoses profundas. 2683
5.1.2 Dermatoses eritematoescamosas 2685
5.1.3 Dermatoviroses; Piodermites 2687
5.1.4 Dermatoviroses 2689
5.1.5 Prurido/eczema 2691
5.1.6 Hanseniase; Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme); Lesões ulceradas (leishmaniose) 2694
5.1.7 Psoríase 2696
5.1.8 Neoplasias cutâneas 2698
6 ENDOCRINOLOGIA 2701
6.1 ENDOCRINOLOGIA GERAL 2701
6.1.1 Obesidade com comorbidade 2701
6.1.2 Doenças gonadais 2703
6.1.3 Dislipidemias 2705
6.2 ENDOCRINOLOGIA DIABÉTICA 2707
6.2.1 DM I e DMII 2707
6.2.2 Diabetes pós-transplante 2709
6.2.3 Diabetes gestacional. 2711
6.3 ENDOCRINOLOGIA DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS 2713
6.3.1 Alteração do metabolismo ósseo 2714

6.4 ENDOCRINOLOGIA TIREOIDE 2716
6.4.1 Casos suspeitos de doença da tireoide 2716
6.5 ENDOCRINOLOGIA HIPÓFISE/ ADRENAL 2718
6.5.1 Casos suspeitos de neoplasias. 2718
6.5.2 Doenças neuroendócrinas 2720
7 GASTROENTEROLOGIA 2723
7.1 GASTROENTEROLOGIA GERAL 2723
7.1.1 Disfagia motora 2723
7.1.2 Disfagia/odinofagia 2725
7.1.3 Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret. 2727
7.1.4 Hemorragia digestiva para esclarecimento.. 2729
7.1.5 Gastrite atrófica diagnosticada; Úlcera péptica. 2731
7.1.6 Diarreia crônica 2733
7.1.7 Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio. 2736
7.1.8 Pancreatite 2738
7.2 GASTROENTEROLOGIA (DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL) 2740
7.2.1 Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável. 2740
7.3 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS 2742
7.3.1 Icterícia para esclarecimento 2742
7.4 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS 2744
7.4.1 Ascite para esclarecimento 2744
7.5 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS 2747
7.5.1 Nódulo hepático 2747
7.5.2 Doença gordurosa hepática não alcoólica 2749
7.5.3 Síndromes colestáticas crônicas 2751
7.5.4 Hepatites crônicas 2753
7.5.5 Hepatites agudas 2755
7.5.6 Cirrose hepática. 2757
7.5.7 Hepatites virais B e C 2760
8 HEMATOLOGIA 2763

8.1 HEMATOLOGIA GERAL 2763

8.1.1 Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames 2763

8.1.2 Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames 2765

8.1.3 Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl .. 2767

8.1.4 Blastos no sangue periférico 2769

8.1.5 Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta 2771

8.1.6 Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias 2773

8.1.7 Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias. 2776

8.1.8 Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda. 2778

8.1.9 Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica 2780

8.1.10 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 2782

8.1.11 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 2784

8.1.12 Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês 2786

8.1.13 Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 2788

8.1.14 Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção 2790

8.1.15 Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres). 2792

8.1.16 Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias 2795

9 NEFROLOGIA 2798

9.1 Alteração de exame de urina 2798

9.2 Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado 2800

9.3 Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão 2802

9.4 Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU).. 2804

9.5 Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano ... 2806

9.6 Creatinina maior que 2 mg/dl ou clearence de creatinina menor que 60 ml/min.....2808
9.7 Doença renal policística; Rim Unico.....2810
10 NEUROLOGIA.....2813
10.1 Cefaleia.....2813
10.2 Epilepsia, convulsão e desmaios.....2815
11 PNEUMOLOGIA.....2842
12 REUMATOLOGIA.....2865
13 GINECOLOGIA.....2909
14 MASTOLOGIA.....2936
15 PEDIATRIA.....3008
15.1 Hipotireoidismo congênito.....3008
15.2 Distúrbios tireoidianos (hipo ou hipertireodismo).....3010
15.3 Dislipidemia.....3012
16 PEDIATRIA /ORTOPÉDICA.....3165
16.1 Deformidades de MMII.....3165
17 OTORRINOLARINGOLOGIA.....3208
17.1 Amigdalite crônica hipertrófica; Frênulo lingual; Lesões orais; Abscessos amigdalianos; Estenose subglótica;Lesões de pregas vocais;Disfonia;Papiloma de laringe;Traumas de laringe;Paralisia de cordas vocais 3208
17.2 Hipertrofia das adenoides.....3210
17.3 Blastoma de faringe.....3212
17.4 Granulomas nasais.....3214
17.5 Fístula liquórica.....3216
17.6 Atresia de coanasal; Desvio do septo nasal; Hipertofia de cornetos; Papiloma nasal; Popilose nasal; Perfurações do septo; Rinites atróficas (ozena); Rinossinusites fúngicas; Rinossinusites complicadas; Traumas nasais; Tumores nasais; Abscessos nasais.....3218

17.7 Epistaxe; Estética nasal; Nasoangiofibroma 3220
17.8 Blastomas nasais e paranasais.....3222
17.9 Sinusites crônicas.....3224
17.10 Obstrução nasal crônica 3226
17.11 Zumbido; Malformações congênitas do ouvido; Hipoacusia (surdez); Mastoidite aguda; Otite crônica; Labirintite/vertigem 3229
17.12 Coloboma auris; Exostose de CAE; Orelha de abano; Otite média secretora; Otosclerose; Perfurações do tímpano; Traumas de ouvido/osso temporal; Tumores de ouvido; Otalgia. 3231
17.13 Roncos e Sahos. 3241
18 OBSTÉTRICO DE ALTO RISCO 3244
19 UROLOGIA 3247
20 OFTALMOLOGIA.....3298
21 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....3322
22 PROCESSOS GERAIS DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA.....3361
22.1 PROTOCOLO ONCO - 02 – ACOLHIMENTO A CASOS NOVOS ...3361
22.2 APRESENTAÇÃO DO ENFERMEIRO.....3361
22.3 PROTOCOLO ONCO - 03 – CONSULTA MÉDICA DE CASOS NOVOS 3363
22.4 PROTOCOLO ONCO - 04 – CONSULTA A RETORNOS.....3364
22.5 ROTINA DE AGENDAMENTO DE RETONO.....3364
22.6 CONSULTA DE RETORNO 3365
22.7 PROTOCOLOS DE ONCOLOGIA CLÍNICA 3366
22.7.1 PROTOCOLO ONCO - 06 – PROTOCOLOS EM TUMORES UROLÓGICOS..... 3366
22.7.2 Câncer da Próstata 3368
22.7.3 FOSFATASE ALCALINA..... 3370
22.7.4 CINTILOGRAFIA ÓSSEA 3370
22.7.5 OBSERVAÇÃO / SEGUIMENTO VIGIADO..... 3371
22.7.6 CIRURGIA 3371
22.7.7 RADIOTERAPIA..... 3371

22.7.8 Para pacientes com doença de riscos intermediário e alto, recomendamos uma das seguintes opções: 3372
22.7.9 HORMONIOTERAPIA 3372
22.7.10 CONDUTA NA MARGEM POSITIVA PÓS-PROSTASTECTOMIA RADICAL 3372
22.7.11 APÓS RADIOTERAPIA 3373
22.7.12 QUIMIOTERAPIA 3373
22.7.13 Câncer da Bexiga 3374
22.7.14 TUMORES NÃO MÚSCULO INVASIVOS (PTA OU PT1) 3375
22.7.15 TUMORES MÚSCULO INVASIVOS (PT2, T3 OU T4) 3376
22.7.16 QUIMIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA 3377
22.7.17 QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA 3378
22.7.18 Pós-cistectomia radical 3379
22.7.19 Tumor Urotelial do Trato Superior 3379
22.7.20 DOENÇA AVANÇADA 3380
22.7.21 Câncer do Testículo 3380
22.7.22 MARCADORES TUMORAIS 3381
22.7.23 Estágio II: Acometimento dos linfonodos retroperitoniais. 3381
22.7.24 Estágio III: 3381
22.7.25 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Consenso Internacional): 3382
22.7.26 ESTÁGIO CLÍNICO Ib 3383
22.7.27 ESTÁGIO CLÍNICO IIa e IIb 3383
22.7.28 ESTÁGIO CLÍNICO IIc e III 3383
22.7.29 MASSAS RESIDUAIS 3383
22.7.30 ESTÁGIO CLÍNICO II 3384
22.7.31 ESTÁGIO CLÍNICO III 3384
22.7.32 MASSAS RESIDUAIS 3384
22.7.33 SEGUIMENTO SEMINOMA 3385
22.7.34 NÃO-SEMINOMA 3386
22.7.35 Câncer do Rim 3386
22.7.36 TRATAMENTO SISTÊMICO 3388
22.7.37 CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS 3388
22.7.38 OUTRAS HISTOLOGIAS 3389
22.7.39 OUTRAS DROGAS 3389
22.7.40 SEGUIMENTO 3389

22.7.41 Câncer do Pênis 3390
22.7.42 Exames de imagem: 3391
22.7.43 Linfadenectomia 3391
22.7.44 Doença metastática 3392
22.7.45 Câncer da Adrenal 3392
22.7.46 EXAMES DE IMAGEM 3393
22.7.47 EXAMES LABORATORIAIS 3393
22.7.48 FEOCROMOCITOMA 3395
22.8 SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA 3400
22.8.1 PROTOCOLO ONCO - 07 – SERVIÇO SOCIAL 3400
22.8.2 PROTOCOLO ONCO - 08 – AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO EM ONCOLOGIA CLÍNICA 3402
22.8.3 EQUIPE DO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO /ONCOLOGIA 3403
22.8.4 CASOS NOVOS 3403
22.8.5 PROTOCOLO ONCO - 09 – PSICOLOGIA HOSPITALAR APLICADA À ONCOLOGIA CLÍNICA 3408
22.8.6 PSICOTERAPIA DE APOIO 3410
22.8.7 ATENDIMENTO PÓS-ÓBITO 3410
22.8.8 ATENDIMENTOS TELEFÔNICOS 3410
22.8.9 GRUPO ACOLHIMENTO AO CASO NOVO 3411
22.8.10 GRUPO DE ORIENTAÇÃO AO FAMILIAR EM SALA DE ESPERA DA QUIMIOTERAPIA 3411
22.8.11 Dinâmica do grupo 3411
22.8.12 ENCAMINHAMENTOS 3412
22.8.13 ENSINO 3412
22.8.14 PESQUISA 3413
22.8.15 PROTOCOLO ONCO - 013 – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM QUIMIOTERAPIA 3414
22.9 QUIMIOTERAPIA 3417
22.9.1 PROTOCOLO ONCO - 010 – SALÃO DE QUIMIOTERAPIA 3417
22.9.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS 3417
22.9.3 EQUIPE DE ENFERMAGEM 3420
22.9.4 PROTOCOLO ONCO - 011 – ENCAMINHAMENTO MULTIDISCIPLINAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO PARA CUIDADOS PALIATIVOS 3422

22.9.5 PROTOCOLO ONCO - 012 – CONTROLE DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS 3425
22.9.6 INTRODUÇÃO 3425
22.9.7 DEFINIÇÃO DE DOR 3425
22.9.8 TRATAMENTO 3426
22.9.9 PROTOCOLO ONCO - 013 – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE EM QUIMIOTERAPIA 3427
22.9.10 PROTOCOLO ONCO - 014 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA DOMICILIAR (BICD) 3430
22.9.11 CONSIDERAÇÕES GERAIS 3430
22.9.12 USO DA BID 3430

1 PROTOCOLOS CLÍNICOS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINA

O objetivo da assistência ambulatorial é proporcionar ao paciente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade e suas perspectivas de tratamento.

Para fins de regulação da primeira consulta médica ambulatorial, a marcação deverá ser feita respeitando-se o período de 20 minutos a partir do horário de início do ambulatório, sendo reservada 1 vaga por cada ambulatório para primeira consulta.

Em caso de vagas excedentes para primeira consulta, cada serviço deverá comunicar a Central de Regulação até o dia 10 de cada mês para preenchimento das mesmas, respeitando-se sempre a regra acima de 20 minutos para cada consulta.

A marcação dos retornos ambulatoriais será de responsabilidade de cada serviço, respeitando-se o intervalo de 40 minutos por consulta. As consultas de retorno deverão ser confirmadas pelo serviço responsável no período de até 7 dias antecedentes à data da consulta.

A confirmação das consultas visa evitar horários vagos nos ambulatórios. Uma vez detectado que o paciente não poderá comparecer à consulta, deve-se encaixar outro em seu lugar, a fim de otimizar o atendimento à população.

O encaminhamento poderá ser realizado por qualquer profissional da equipe assistente, mas preferencialmente pelo médico e deverá incluir o motivo do encaminhamento, com descrição dos sintomas físicos não controlados. Em caso de dor, pode-se classificá-la em leve, moderada ou intensa .

O referido encaminhamento poderá, ainda, incluir a capacidade de mobilidade do paciente ou a avaliação funcional , de modo a facilitar a classificação de prioridade .

A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo

É necessário uma postura acolhedora, desburocratizada de todos os profissionais que atuam na unidade e que permeie qualquer atendimento realizado na Unidade. É fundamental que os profissionais estejam preparados para acolher o usuário que chegar, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da Unidade.

Classificação de prioridade para primeira consulta:

- Prioridade 1 – Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica ≥ 7, numa escala de0 a 10), mesmo após ser medicado pela equipe assistente ou com outro sintoma de difícil controle pela equipe assistente.
- Prioridade 2 – Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou comEscala de Performance Paliativa (PPS) ≤ 40%. (Quadro abaixo).
- Prioridade 3 – Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica ≤ 6, numaescala de 0 a 10).

- Prioridade 4 – Paciente em Cuidados Paliativos
- Prioridade 5 – Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale) - PPS.					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente Acamado	Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	. Completa ou sonolência. +/- confusão

	Incapaz para qualquer atividade				
10	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão 0 Morte - -

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de

Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-418

1.1 ROTINAS PARA O AMBULATÓRIO

1.1.1 Fluxo de Atendimento Ambulatorial

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Fluxo de Atendimento Ambulatorial		Revisão:
		Data:

Executante : Diretoria de Medicina

Resultados esperados: Orientação do fluxo de pacientes em atendimento ambulatorial

Recursos Necessários: Mesa, cadeira, caneta .

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. O paciente com seu atendimento agendado para hospital ao chegar no hospital deve se dirigir a recepção de área referente ao seu agendamento
2. A recepcionista de área confirma o agendamento, confere o documento de identidade, e dá presença por ordem de chegada
3. A recepcionista indica o consultório de atendimento para o paciente se dirigir até o local e aguardar ser chamado pelo seu nome pelo profissional

4. Se tratar-se de paciente sem prontuário no hospital, o mesmo será encaminhado ao balcão do SPP para abertura de prontuário (conforme POP do referido serviço) seguindo o mesmo fluxo dos pacientes que necessitarem de atualização cadastral 5. Nos casos de encaixe, primeiro a recepcionista de área insere na agenda mediante autorização de consulta com a data assinada pelo médico . 6. O paciente tem o prazo de até duas horas do horário agendado de início do atendimento para dar presença na respectiva área. Excepcionalidades serão avaliadas por cada profissional.		
Cuidados Ter atenção no artendimento ao usuário **Ações em caso de não conformidade**		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

1.2 Normas Gerais

1- Iniciar suas atividades laborais no horário preestabelecido entre as partes e constante da distribuição de local de atendimento e horário de trabalho.

2- Nos atendimentos realizados aos usuários deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade.

3- Os colaboradores, quando em serviço, deverão estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, sendo proibido o uso de roupas decotadas e/ou saias ou bermudas.

4- Todos os colaboradores deverão usar identificação de acordo com a sua função e setor.

5- Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral.

6- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível, atender às suas necessidades.

7- Todo o usuário deverá ser escutado, objetivando a resolução da sua necessidade, quando possível, sendo proibido o encaminhamento desses para as áreas que não competem às marcações.

8- É vedada a presença de pessoas estranhas e/ou não identificadas no interior da Unidade Ambulatorial.

9- Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelo dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade.

10- É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da Unidade.

11- Imagens de usuários e/ou aparelhos ambulatoriais sem autorização, colocadas em qualquer site, acarretará punições.

12- Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares.

13- Quando houver intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado.

14- Evitar deixar objetos e alimentos sobre as bancadas, pois a exposição dos mesmos aos microrganismos hospitalares poderá acarretar em riscos à saúde.

15- Manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho.

16- As informações sobre o estado de saúde do paciente, tratamentos, exames e outros somente poderão ser fornecidos pelo médico.

17- Registrar em livro ata as ocorrências da respectiva clínica.

18- Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial.

19- Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente.

20- Zelar pelo patrimônio da instituição.

21-Compete ao profissional responsável pela triagem informar, orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos. 22-Tratar o paciente pelo nome.

abertura de cadastros de pacientes deverá observar o que se segue:

1. Solicitar os documentos necessários para abertura de cadastro de novos pacientes que comprovem a identificação pessoal (documentos com fotos, aceitos por lei).
2. Solicitar o cartão SUS.
3. Solicitar o contato pessoal.e 4. Observar se o paciente se enquadra no pacto da macrorregião e/ou municípios conveniados

A marcação de novas consultas deverá observar o que se segue:

1. Casos provenientes da atenção primária ou de serviços secundários nos ambulatórios das especialidades:
    - 1.1- A UBS solicitará a marcação de consultas de acordo com a disponibilidade de vagas.
    - 1.2- A Regulação Estadual marcará a primeira consulta do paciente, via sistema on line.
    - 1.3- A marcação de consultas só será feita mediante as normas estabelecidas.
    - 1.4- - Cabe aos municípios da região de cobertura priorizarem, junto as UBS's, os pacientes a serem encaminhados para marcação de consultas.
    - 1.5- O encaminhamento do paciente de forma equivocada e em desconformidade com as normas aplicáveis, implicará em perda da consulta do paciente e o mesmo deverá retornar à UBS município para ajustar as pendências que impossibilitaram a realização da consulta e/ou ser reencaminhado ao ambulatório adequado.

2- Casos de Interconsultas:

2.1- Deverá ser agendada, no Ambulatório da Unidade, conforme confirmação de atendimento prévio na especialidade.

2.2- O agendamento das consultas de retornos será realizado somente na Unidade Ambulatorial.

Definição das Funções

1.3 Marcações de Consultas e Exames

As marcações de consultas e exames deverão ser realizadas no guichê central da Unidade Ambulatorial, a saber: Ambulatório Especialidades.

1- Agendar consultas e/ou exames (interconsultas, reconsultas e outras condições), observando a especialidade e/ou subespecialidade.

2- Verificar os dados cadastrais do paciente e/ou público geral sempre que for realizada a marcação de consultas e/ou exames, atualizando-os sempre que necessário.

3- Conferir se houve atendimentos anteriores, tendo como objetivo checar o fluxo de atendimentos do paciente.

4- Registrar consultas extras conforme pedido médico. Diariamente as marcações extras deverão ser encaminhadas à Coordenação Ambulatorial para monitoramento sistêmico.

5- Se houver vagas, promover os encaixes correspondentes. As informações sobre ausência ou presença de pacientes serão monitoradas pela equipe do ambulatório, à qual deverá, imediatamente, entregar a senha de controle da ordem de chegada do paciente.

6- Comunicar ao paciente que aguarda o encaixe, no período matutino até às 9hs e no período vespertino até às 14hs, sobre a possibilidade de realização de encaixe.

7- Fornecer dados para atualização da Gestão dos Consultórios.

8- Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização da consulta.

9- Registrar consultas com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.

10- Realizar a triagem do paciente e direcioná-lo ao local de sua consulta.

11- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência

1.4 Ala Interna do Ambulatório

1- Solicitar o prontuário do paciente pelo sistema de apoio com 3 (três) dias de antecedência.

2- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência.

3- Organizar impressos para atendimento.

4- Registrar a presença ou ausência dos pacientes no sistema .

5- Registrar a presença ou ausência dos profissionais no sistema.

6- Verificar a quantidade de pacientes que não compareceram às consultas previamente agendadas (no período matutino às 8hs e no período vespertino às 13h) para que possam ser promovidos os encaixes até o número de atendimento pactuado nas grades.

7- Em caso de ausência imprevista do médico, solicitar ao apoio institucional da Unidade Ambulatorial remarcação do atendimento, conforme orientação do médico responsável pelo paciente. Não dispensar o paciente sem definir remarcação e/ou atualização de cadastro.

8- Direcionar a ala e o consultório de atendimento, conforme impresso da marcação.

9- Verificar presença de pacientes no pátio a fim de redirecioná-los, caso haja necessidade.

10-Solicitar e repor materiais e impresso de escritório.

11- Auxiliar pacientes em caso de dúvidas quanto as localizações.

12-Encaminhar estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

13-Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento.

14-Distribuir o impresso de receituário controlado (receita azul) ao profissional.

15-Atualizar os dados da planilha de controle dos talonários de receituário controlado (receita azul), preenchendo, obrigatoriamente, o nome do profissional que recebeu o talonário,

contato telefônico, numeração inicial e final, bem como a data e hora da devolução.

16-Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.

1.5 Marcação de Procedimentos

1) Registrar o paciente no sistema de acordo com o procedimento a ser realizado.
2) Verificar, obrigatoriamente, os dados cadastrais do paciente e/ou público geral, atualizandoos sempre que necessário.
3) Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização do procedimento.
4) Registrar procedimentos com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.
5) Encaminhar APAC e/ou estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

1.6 Unidade Ambulatorial

1) Realizar a remarcação de pacientes na ausência imprevista do profissional.
2) Atender as demandas de intercorrências relativas às atividades de marcação de consultas, exames, procedimentos e ala interna da Unidade Ambulatoria.
3) Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.
4) Realizar a marcação de consultas dos pacientes da Unidade (demandas oriundas das UBS's encaminhadas à Unidade Ambulatorial.
5) Realizar a intermediação entre a Regulação Estadual, Coordenação da Unidade Ambulatorial e os recepcionistas lotados na ala interna, tendo como objetivo sanar eventuais dúvidas.
6) Garantir a continuidade da Atenção à Saúde em casos complexos e prioritários (Recepção das demandas). Médico deverá realizar

contato com os colegas passando a demanda recebida e/ou caso do paciente.

1.7 Procedimentos Médicos:

1.7.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender o paciente verificando hipótese diagnostica e procedendo a investigação pertinente.

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 recentes realizados;
- 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 de doenças 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.

1.7.2 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 da aterosclerose.

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	<200 200-239 ≥240	Ótimo Limítrofe Alto
LDL-C	<100 100-129 130-159 160-189 ≥190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito alto
HDL-C	<40 >60	Baixo Alto
TG	<150 150-200 200-499 ≥500	Ótimo Limítrofe Alto 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 torno de 10%) e para os TG (25%) 6(D). Na presença de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), o perfil lipídico deve ser obtido nas primeiras 24 horas, pois além deste período seu valor poderá estar reduzido. Doenças infecciosas e cirurgias também podem atenuar 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 determinação rotineira10(C).

Homocisteína (HCY)

Elevações da HCY têm sido associadas à aterosclerose11(B). Não há provas até o momento de 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 de infecções. 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 de risco (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 período de 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 risco e 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 (risco absoluto 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-C²(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 1 FR (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 até 160 mg/dL.

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL (tabela

IV)(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 > 160 mg/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

Nível 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 a critério 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 após 3 meses as metas não forem atingidas, recomenda-se iniciar a TF.

Alto risco:

Risco de evento maior ou igual a 20% em 10 anos ou acima de 20% extrapolando-se a idade 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 risco de 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 < 100 mg/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

Sexo	Risco de complicações metabólicas [24](B)	
	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 de extrema 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). Para reduzir 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 ácido alinolênico 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 devem ser 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 de em média 40 min, de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve ficar na faixa de 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 pelo Ministério 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 eventos isquêmicos 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, embora alguns 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 seguido por 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 doses habituais 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 coronários em 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 apresentavam resistência 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 as características descritas.

ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico diminui o LDL-C de 5%-25%, aumenta o HDL-C 10-35% e diminui os TG 20%-50%7(D). Na forma tradicional, utiliza-se a dose de 2 a 6 g/dia ajustadas conforme o efeito ou a tolerância. A limitação ao uso do ácido nicotínico são frequentes efeitos colaterais que são rubor facial, hiperglicemia, hiperuricemia e alterações do trânsito intestinal. Deve ser utilizado com cuidado em diabéticos. No estudo de prevenção secundária Coronary Drug Project", houve diminuição 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 considerar terapia 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).

Tabela XI

Valores de referência para os lipides entre 2 e 19 anos [35](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

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

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 acima de 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 de 2mg/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).

1.7.3 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 até as 10: 00 horas, diariamente.

CUIDADOS

- Assinar e carimbar a prescrição médica.
- Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos da Policlínica, 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 os respectivos motivos.

2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva 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) ○ Antinfalmatório não esteróides ○ Corticóides em doses antinfalmatórias: 5 a 10mg/ dia ○ Corticóides de depósito em aplicação intra-articular ○ Avaliar nos casos resistentes o uso de Drogas Controladoras da Doença
- B-Soro-Positivo (Fator Reumatóide positivo)
- Avaliar os marcadores de risco ○ Introduzir precocemente as Drogas Controladoras de Doença (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 ○ Antinflamatório não esteróides (AINES) ○ Hidroxicloroquina ○ Corticóide em doses baixas ○ Medicações tópicas (forma cutânea)
- Com lesões viscerais importantes (Poliserosites, Vasculites, Alt.:

  Neuropsiquiátricas, Renais, Pulmonares, Cardíacas, etc.):

  ○ Corticóides em doses elevadas (1mg/kg) ○ Pulso de Metilprednisolona ○ Pulso de ciclofosfamida ○ Azatioprina

  CUIDADOS

  - Terapias Específicas: ○ Féreses ○ Imunoglobina I.V.

  ○ Fator 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 ○ Peso, TA ○ Fundo de olho ○ Palpação das artérias ○ Avaliar macroangiopatia ○ Avaliar neuropatias ○ Exame cuidadoso dos pés ○ Exame buco dentário
- Solicitar testes bioquímicos ○ Sumário de urina ○ Hemograma - Glicemia ○ Urocultura ○ Colesterol, Triglicérides ○ HDL, LDL

  ○ Creatinina, Uréia, K

CUIDADOS

- Solicitar glicohemoglobina ou frutosamina (podem ser normais em diabetes recentes), Raio X de tórax e ECG

AÇÕES CORRETIVAS

- Equipe multidisciplinar ○ Iniciar o programa de aprendizagem ○ Consulta com a nutrição para receber sua dieta individualizada ○ Consulta de enfermagem ○ Consulta com o serviço social ○ Avaliação Psicossocial ○ Autocontrole ○ Folhetos 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 ○ Critério do WHO (World Health Organization) - Glicemia de jejum

  > 140mg ou valor glicêmico aleatório > 200mg% ○ Glicemia de Jejum Alterada ○ Glicemia de jejum > 110mg% e < 126mg% ○ Intolerância à Glicose ○ Critério do WHO - Glicemia plasmática de jejum < 140mg% e >

  200mg% ○ TTG Gestante ○ Valor normal: 105, 190, 165, 145 mg%

- Terapêutica ○ Dieta ○ 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, na gravidez, 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 a noite, ou 02 doses de NPH, sendo 2/3 antes do desjejum e 1/3 antes do jantar, associada ou não a insulina simples, tudo vai depender da resposta e aceitação do paciente.
- Hipoglicemiantes Orais
- 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 obter um bom controle.
- Se o diabético é obeso, a primeira opção é a biguanida ou o inibidor da alfaglucosidade.
- 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: Tratamento da diabetes III **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Hipoglicemiantes orais disponíveis no Brasil

Droga

1. Sulfoniluréias	Nome Comercial	Apresentação	Duração ação de	Dose Máxima
Clorpropamida	ClorpropamidaDiabinese	Comp. 250 mg	+ 36h	500 mg

Glibenclamida	Daonil Euglucon Lisaglucon	Comp. 5mg	6 - 12h	20 - 30mg
Gliclazida	Diamicron	Comp.80mg	6 - 12h	240mg
Glipizida	Minidiab	Comp. 5mg	4 - 10h	20mg
Glimepirida	Amaryl	Comp. 2 e 4mg	5 - 8h	8mg
2. Biguanidas				
Metformin	Dimefor Glifage Glucoformin	Comp. 500 e 850mg	9 - 12h	200mg
Fenformin	Debei	Comp. 50mg	4 - 6h	150mg
3. Inibidores da alfa-glucosidade				
Acarbose	Glucobay	Comp. 50 e 100mg	3h	200mg

- Sulfonilureais
- As sulfonilureais de primeira geração, como a clorpropamida tem meia vida mais longa - 36 a 60h, devido formação de metabólitos com excreção mais lenta. Já os de 2ª geração tem meia vida mais curta, 8 a 16h, como glibenclamida, glimepirimida, glicazida e glipizida.
- Deve-se iniciar com um a dois comprimidos, em jejum, observar a resposta por duas a três semanas e, se necessário, aumentar a dose. A dose máxima diária a ser utilizada varia e no caso clorpropamida é de 500mg, no caso da glibenclamida 20 mg e da glicazida, 320mg e da glimepirida 8mg. Estes comprimidos devem ser dados em jejum.
- As sulfonilureias podem ser administradas associadas às biguanidas e/ou a acarbose e à insulina.

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 o paciente 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 ○ Palpação das artérias (Doppler se necessário) ○ Exame cuidadoso dos pés e unhas ○ Procurar macroangiopatias ○ Procurar neuropatias, hipertensão ortostática ○ Fundo de olho ○ 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 nutricionista

Revisão de enfermagem

- Revisão psicossocial

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente

RESPONSÁVEL: Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

- Transferir o paciente para outra unidade hospitalar

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 na admissão, 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 providências tomadas.

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 hospitalar

PROCEDIMENTO: Alta Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Proceder à alta hospitalar, orientando o paciente quanto aos cuidados pertinentes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, relatório de alta, receita médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Comunicar o paciente da sua alta.
2. Registrar medicação de alta no prontuário.
3. Colocar na prescrição do dia, o aviso de alta do paciente.

4. Fazer o relatório de alta, em 2 (duas) vias, devendo uma delas ficar no prontuário médico do paciente e a outra ser entregue ao paciente.

5. Orientar o paciente e/ou familiares quanto à sua medicação, dieta e cuidados gerais, fornecendo receituário, se necessário.

6. Orientar quanto ao seu retorno no ambulatório, caso haja necessidade.

7. Avisar ao Serviço Social e a Enfermagem, a indicação de alta hospitalar.

CUIDADOS

- Certificar-se do entendimento do paciente em relação as orientações dadas.

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito

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 o óbito do paciente.

CUIDADOS

- Em caso de suspeita diagnostica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 24 horas de internamento, não poderá ser fornecido atestado de óbito pela Policlínica, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença na Policlínica. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Infecção do Trato Urinário (ITU) II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Ao se administrar a gentamicina, certificar-se de monitorização a função renal da paciente.

A paciente deverá permanecer internada até 48 horas após o desaparecimento da febre ou normalização do quadro laboratorial, quando poderá receber alta hospitalar, com antibioticoterapia oral prescrita

AÇÕES CORRETIVAS

- Em caso de falha do tratamento (persistência da febre 48 horas após sua introdução), deve-se avaliar a possibilidade de mudança de tratamento.

PROCEDIMENTO: Tratamento das Parasitoses Intestinais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência médica capacitada a detectar e tratar adequadamente as parasitoses do trato digestivo.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado laboratorial do parasitológico, Impressos para solicitação de exames e prescrição médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Colher amostra parasitológicos de fezes (03 amostras) com Baermann para todos os pacientes com suspeita de parasitose intestinal. Swab retal em casos específicos;
2. Solicitar hemograma para avaliar grau de anemia, eosinofilia, etc.;
3. Em pacientes imunodeprimidos solicitar pesquisa de oportunistas nas fezes e coprocultura;
4. Utilizar anti-helmítico de largo espectro. Mebendazol 100mg de 12/12hs por 03 dias, repetindo com 15 dias após a 1ª dose para a maioria das parasitoses. Em casos de ascaridíase isolada, pode-se usar Levamizole em dose única;
5. Para esquistossomose Mansônica, usar Oxamniquine 15 mg/kg/dia (máxima de 1,5g) em dose única;
6. Para estrongiloidíase, usar Tiabendazol 50 mg/kg/dia (não ultrapassar 03g) por 03 dias. Em caso de imunodepressão tratar por 21 dias;
7. Para teníase, usar Praziquantel 20mg/kg para T. sagnata e 5 mg/ kg para T. solium, dose única;
8. Para amebíase, usar Metronidazol 400mg VO de 8/8 hs por 10 dias – apenas para pacientes com doença intestinal atribuída ao parasito e/ou

   E. histolytica. Para giardíase, Metronidazol 250mg VO 8/8hs por 05 dias.

CUIDADOS

- Não demorar de enviar a amostra ao laboratório;
- Corrigir condições associadas, como anemia ferropriva;
- Orientar o paciente quanto a cuidados de higiene no manuseio de alimentos.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Pneumonia Hospitalar

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Aplicação de medidas preventivas da infecção respiratória adquirida no ambiente hospitalar, 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 hospitalar 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 SCIH;
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 podem ajudar 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, ou com 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 se afastar 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 da IRA – 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 laboratoriais e 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 de I-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 otimização da 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 caso de 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:

○ Hipercalemia refratária a medidas conservadoras; ○ Congestão pulmonar; ○ Uremia: uréia maior que 200 mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos à retenção de escórias nitrogenadas;

○ Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador; ○ Pericardite; ○ 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 únicos devidamente 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 em classe 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 a oxigenação 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 circulação sistêmica:

1. embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pelo coágulo (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 choque

Choque hemorrágico

Hemorragia, como já foi dito, é a causa mais comum de choque em pacientes politraumatizados. Outros choques podem responder parcial ou transitoriamente à reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadro é ou não devido à hemorragia.

Choque não-hemorrágico

Choque 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 vasoconstrição cutânea, assim como pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente Traumatizado

Fisiopatologia

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; Ill - 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 a dinâmica 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 uma terapia 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. 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, até evidente 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), movimentação ocular, 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 e aumenta 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 ou próstata 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 e não 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. Só utilizar 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. ATLS 1999

Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).

É sempre preferível o uso de sangue, com todas provas cruzadas realizadas, procedimento que normalmente exige 1 hora.

Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aqui a incompatibilidade a anticorpos menores pode ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença de choque 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 cristalóides a 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em microondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, para maiores 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 compressão causando 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 hemorragias fora 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 choque assim coma sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do Choque

Equiparação 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 o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Atletas

Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíaco em 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 a resposta 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 lnicial

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 de volume 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 submetidos à 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 reposição volêmica, 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 tórax ou 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 demora na 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 com a 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 acesso venoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter uma PAM adequada, mas sim uma perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As drogas mais utilizadas no choque séptico são a noradrenalina e a dopamina. Essas duas catecolaminas apresentam diversas 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 escolha nestes 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 não está 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 apresenta componente 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 sepse sem 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 oferta tecidual 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 utilizada a 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 pode se 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. O uso 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 para atingir 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 PEEP e 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 substituição renal.

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico e pH 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhoras no sistema cardiovascular quando 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) é utilizada 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, se houver necessidade, a cada 30 minutos.
- Além disso, medidas específicas de urgência (ventilação, intubação, traqueotomia) podem ser necessárias para garantir a vide do doente.

Drogas Vasoativas

Noções 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. Ele depende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo este último o 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 com a 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 equilíbrio entre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

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

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

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), aumenta pressão 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 quando usada 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 Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 □ g/mL
- Exemplo: Paciente de 60 Kg 4,5 ml/h ate 180 ml/h

Adrenalina (ADR)

Em doses < 0,2 □ g/Kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica. Em doses > 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 de oxigênio pelo miocárdio). Faz broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mais pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise e diminui potássio, aldosterona e aminoácidos.

Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Tem as 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
FC	+	-
VS	++	++
DC	+++	0
Fluxo Coronário	++	++
PAS	+++	+++
PAM	+	++
PAD	-	++
PAP	++	++
RVS	-	++

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
Fluxo Cerebral	+	0
Fluxo Muscular	+++	-
Fluxo Cutâneo	- -	- -
Fluxo Renal	-	-
Fluxo Esplâncnico	+++	0
Consumo de O_2	++	0
Glicemia	+++	0
Ácido Lático	+++	0

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 alfa

Isoprenalina

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 pode piorar 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 em pacientes 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 baixo estímulo 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 choque cardiogênico. 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 terapêutica pressora. 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 uso de vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e a congestão pulmonar.

A diminuição da resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que a PA 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).

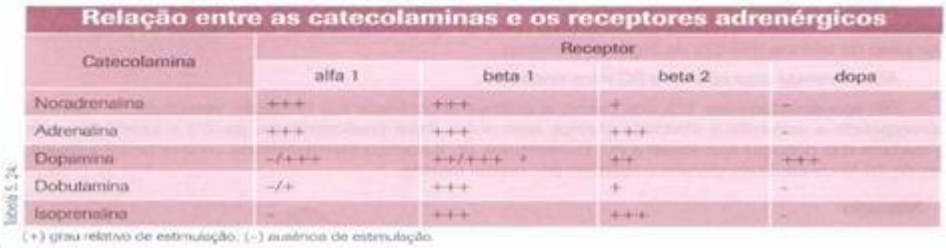
Usar por até 72 horas, devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e trocar a solução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

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/mL

Exemplo: 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). Diminuem o tônus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da parede ventricular 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 dos vasos (vasodilatação).

- Aumentam o transporte de O2 miocárdico por sua atividade vasodilatadora coronariana.

- 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.

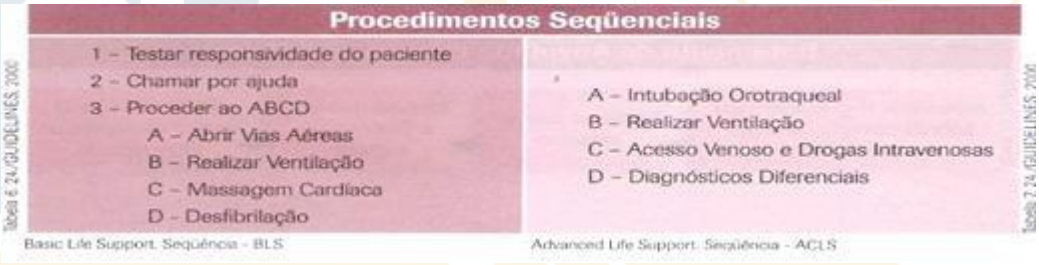
Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz.

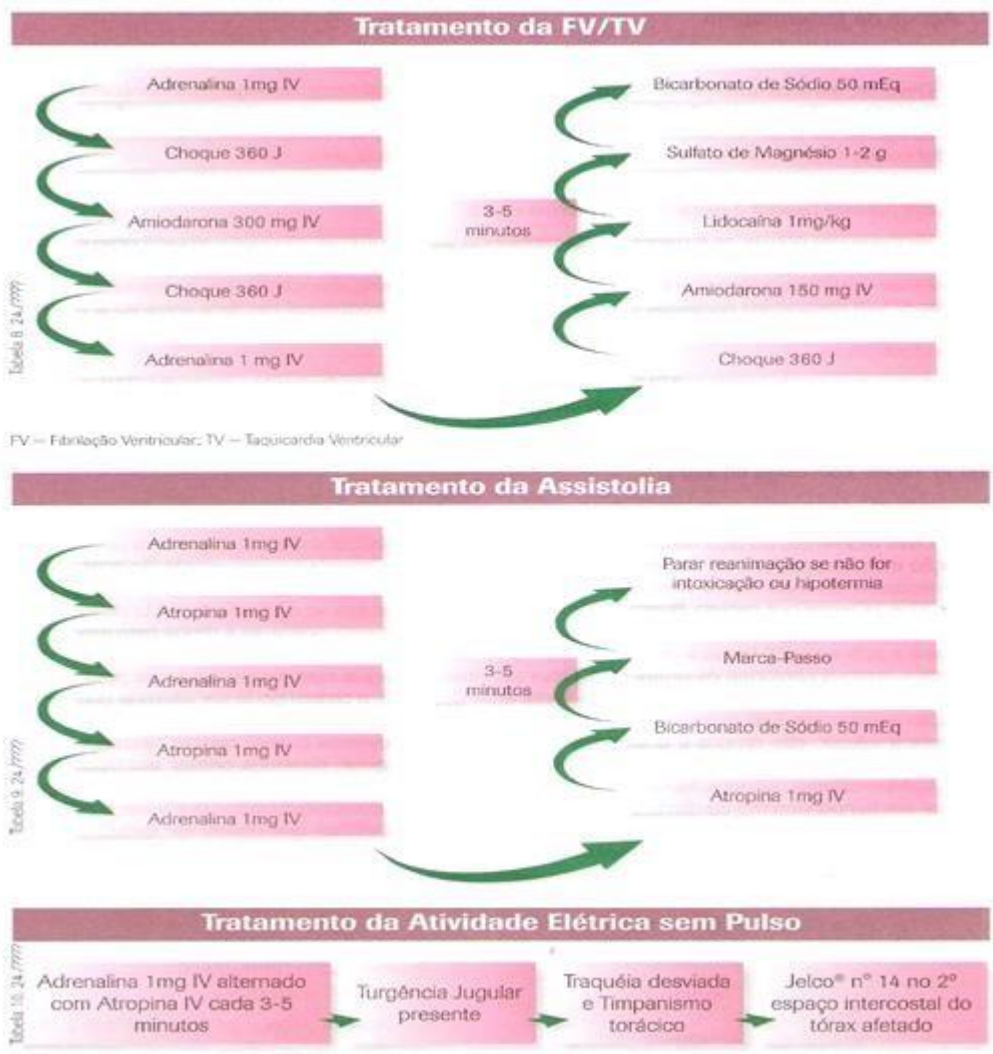
Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder à ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtiver ventilação adequada, inicie massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma 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 choque com 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 passo é 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 dose indicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia conforme os protocolos. 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 alternativas para 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 todas as manobras.





1.7.4 Procedimentos Médicos: Neurologia

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 bem distintos 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 não permite 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 de processo 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 o diagnóstico 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 complementar o 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 sequencial da 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 que serão 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 de Poser 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 como pelo 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 uma das 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 de internações 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 marcadores plasmáticos 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 número de casos, a criação de centros especializados de tratamento e as questões relacionadas à política de 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. Será aceita 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 neuroimagem pela 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 EM definido 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 ou inferior 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 no seu 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 função hepática, 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 será considerada como indispensável para a liberação dos medicamentos. O seguimento do paciente deverá 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 SAS do 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 de estudos futuros podem levar às alterações nas conclusões ou recomendações sugeridas por este documento. Foram utilizados principalmente das bases de dados MEDLINE (U.S. National Library of Medicine) e LILA CS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), manuais e 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 ou modelos animais.

OBJETIVOS:

1. Estas diretrizes destinam-se à abordagem prática e atualizada dos estados reacionais 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 que requer 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 fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais, ou seja, a reação 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), resultando em 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. A dor pode ainda ser espontânea ou ser desencadeada pela palpação ou percussão do nervo (sinal de 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 critérios para 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 da força muscular, num período menor ou igual a 12 meses, comprovados no momento da avaliação, deverão ser tratados como caso de neurite;

Quando na avaliação o paciente não sentir o toque do monofilamento igual ou maior que dois 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 sensibilidade e/ou força muscular em comparação à última avaliação;

É considerada alteração da sensibilidade, a alteração em dois pontos do trajeto de um mesmo 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, com mais 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 da presença de queixas, todos os pacientes devem obrigatoriamente ser submetidos a avaliação e monitoramento da função neural, durante o tratamento e mesmo após o término da poliquimioterapia4(C).

TRATAMENTO DAS NEURITES (NEUROPATIAS AGUDAS E SUBAGUDAS) TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento procura controlar as alterações imunoinflamatórias dos episódios reacionais e evitar as deficiências físicas decorrentes do dano neural. Os episódios reacionais podem apresentar suas manifestações cutâneas e sistêmicas acompanhadas de neurite. O quadro reacional também pode manifestar-se somente com alterações neurais, configurando um quadro de neurite(s) isolada(s)25,26(C)27(D).

A neurite silenciosa é um quadro sem sintomatologia dolorosa.

Frequentemente, o seu diagnóstico, pela própria característica de quadro sem dor, é subavaliado. Recomenda-se, portanto, o acompanhamento sequencial e repetitivo da sensibilidade e função motora em todos os pacientes com hanseníase, a fim de se detectar e tratar precocemente a neurite silenciosa, na tentativa de evitar as deficiências físicas27(D).

No tratamento das neurites, as drogas preconizadas são os corticosteróides e a prednisona é a mais usada, na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, de acordo com a avaliação clínica da sintomatologia e da gravidade do quadro19,28(D)29(C). Esta dose deve ser mantida até a regressão dos sinais e sintomas, quando então pode ser reduzida em 5 mg a cada duas ou três semanas, até chegar a 20 mg. Essa dosagem pode ser mantida por alguns meses, enquanto ocorre a melhora gradual, com recuperação da função neural.

Um número importante de deficiências pode se instalar nos pacientes com quadro de ENH. Os profissionais de saúde devem avaliar o acometimento neural nestes casos. Todos os pacientes com reação tipo 2 devem ter seus nervos periféricos examinados e, se for o caso, prontamente tratados com corticosteróides. A talidomida é indicada no controle do ENH com lesões de pele e articulares e pode ser usada no comprometimento neurológico quando da diminuição das doses de corticosteróides19(D).

O diagnóstico e tratamento dos quadros de neurites devem ser precoces, pois estes constituem os principais fatores para a prevenção das deficiências e deformidades em hanseníase. Existe estudo mostrando que neurites com menos de seis meses de evolução respondem melhor à corticoterapia10(B).Tem-se sugerido regimes de corticoterapia com doses mais altas em períodos mais curtos30(D).

Habitualmente, o uso do corticosteróides é feito por via oral. Pode-se, todavia, optar pelo uso intravenoso da metilprednisolona, na dose de 1 g por dia, conhecida como pulsoterapia, usada em outras neuropatias inflamatórias, como as vasculíticas11(D). Aconselha-se que este procedimento seja realizado em centros especializados, com o paciente hospitalizado ou em sistema de Policlínica-dia e monitorado. Está indicado para pacientes com quadro neurológico de difícil controle e/ou com sintomas muito intensos31(D). Em casos nos quais os pacientes estão em uso crônico de corticosteróides orais, sem melhora, adota-se aumento significativo da dose oral ou a pulsoterapia com metilprednisolona.

Esta estaria associada à resposta mais rápida32(B). Pode-se usar a dose de 1g/dia de metilprednisolona, durante três dias consecutivos, com reforços mensais de 1g/dia, em dia único. Em tais casos, visando a prevenção dos efeitos colaterais, relativos à parada abrupta do uso de altas doses de corticosteróides, pode-se utilizar doses progressivamente mais baixas de prednisona, durante 9 a 12 dias (30 mg por via oral, durante três dias; após, 15 mg por mais três dias; após, 5 mg por mais três dias; 2,5 mg por mais três dias e interrupção). Entre o 12º e o 30º dia pós-pulsoterapia, considera-se que essa continua sendo efetiva33(C).

Paciente com dor não controlada e/ou crônica

O tratamento da neuropatia deve contemplar o tratamento da dor neuropática 34,35(D), requerendo a identificação do seu mecanismo gerador para definílo15(D). As prescrições devem ser adaptadas às necessidades de cada caso e a administração realizada regularmente e não sob demanda. A preferência deve ser dada aos medicamentos de fácil aquisição e prescritos em escala crescente de potência36(C)37(D).

Nas dores persistentes, em pacientes com quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, o tratamento da dor é feito exclusivamente com antidepressivos tricíclicos (amitriptilina38(B), nortriptilina, imipramina, clomipramina), neurolépticos (clorpromazina, levomepromazina), e ou anticonvulsivantes (carbamazepina39(C), gabapentina40,41(A), topiramato, oxicarbamazepina) - (Quadros 1,2 e 3)15(D). Tais medicamentos são exclusivamente analgésicos de ação central, ou seja, não promovem a recuperação da função neural (sensibilidade e motricidade). Em qualquer dos casos mencionados é necessário monitorar a função neural, pois pode haver piora da sensibilidade e/ ou da força muscular42(D). Em tal situação ou na ausência de melhora, o paciente deve ser encaminhado aos centros de referência para avaliação de indicação cirúrgica.

Associado ao tratamento da neurite, deve-se orientar repouso da articulação próxima ao nervo comprometido e iniciar a prevenção de complicações secundárias, por meio de intervenções fisioterápicas.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico de neurites é um componente coadjuvante na abordagem deste problema. Sabe-se que um dos fatores importantes na produção da neuropatia é a compressão intra e extraneural. Desta forma, a finalidade da cirurgia deve ser reduzir ou eliminar a compressão42(D). O edema e a compressão intraneural respondem bem ao tratamento com corticóides, mas a presença de estruturas anatômicas constritivas próximas ao nervo sugere a necessidade de sua liberação para uma melhor solução do problema de neurite que o paciente apresenta. Esta é uma das principais razões para que a atenção cirúrgica seja levada em consideração na atenção global desse problema43(B).

Quadro 1

Antidepressivos Tricíclicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Amitriptilina	10-150 mg	300 mg
Nortriptilina	10-50 mg (0,2-3 mg/kg)	150 mg
Imipramina	25-150 mg	300 mg
Clomipramina	25-150 mg	250 mg

Quadro 2

Fenotiazinicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Clorpromazina	25-100 mg	100 mg
Levomepromazina	10-100 mg	100 mg

Quadro 3

Anticonvulsivantes		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Carbamazepina	200-1200 mg	3000 mg
Oxicarbamazepina	300- 900 mg	3000 mg
Gabapentina	900- 2400 mg	3600 mg
Topiramato	25- 800 mg	1600 mg

As indicações para o tratamento cirúrgico podem ser:

a. Abscesso de nervo

b. Quando presente ou existindo forte suspeita de sua presença, a drenagem cirúrgica está indicada44(D);

c. Paciente com neuropatia que não responde ao tratamento clínico adequado para neurite dentro de quatro semanas.

d. Nestes casos, é fundamental ter uma avaliação funcional inicial e em intervalos regulares (sensitiva, motora e, se possível, eletrofisiológica) para subsidiar a decisão. Se o paciente já foi tratado com dose adequada de corticosteróide e com talas e, mesmo assim, a função nervosa não tiver sido recuperada ou piorar em quatro semanas, a possibilidade de cirurgia deve ser fortemente considerada43(B)45,46(C);

e. Paciente com neuropatia (neurites) subentrante

f. Estes são casos que respondem bem ao tratamento com corticosteróide mas, logo que a dose seja reduzida ou totalmente retirada, a fase aguda recrudesce. Após três episódios de agravamento, está indicada a cirurgia. Novamente, o monitoramento da função neural é fundamental, mais do que o sintoma de dor. Lembrar que um nervo destruído raramente dói47(D);

g. Neurite do nervo tibial posterior

h. Geralmente, a neurite neste nervo é silenciosa e não responde bem ao tratamento com corticosteróide. A indicação de neurólise neste nervo deve ser feita de acordo com os padrões já discutidos. No entanto, estudos têm demonstrado que frequentemente esta cirurgia auxilia na prevenção da ocorrência de úlceras plantares, assim como no próprio tratamento dessas úlceras48,49(C). Por esta razão, sua indicação não segue critérios rígidos, podendo ser indicada como intervenção preventiva em casos que apresentem sinais e sintomas mínimos e iniciais de lesão do nervo até como intervenção terapêutica nos casos com sinais e sintomas de lesão plenamente estabelecida.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

A Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, que é o Grupo de Trabalho em patologia vascular cerebral da Academia Brasileira de Neurologia, constituiu um Comitê Ad Hoc" para estabelecer um consenso no tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC). Para tanto, procurou encontrar respaldo na literatura médica mundial, bem como na experiência pessoal dos relatores, sem esquecer a realidade dos recursos colocados à disposição no Brasil. Sempre que possível, procurou-se alicerçar as conclusões quanto à escolha de determinada conduta, nos parâmetros recomendados pelo Stroke Council" publicado em 19941.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

a. A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

b. B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

c. C: Relatos e séries de casos clínicos.

d. D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Elaborar recomendações para uso dos profissionais da área médica.

PROCEDIMENTOS:

Apresentados em diferentes itens comumente abordados no tratamento destes doentes.

AVC: UMA URGÊNCIA NEUROLÓGICA

Estatísticas recentes mostram que no Brasil o acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de óbito2(D). Em suas diversas formas de apresentação, os AVC constituem uma emergência neurológica 3,4(D). A perda de tempo para a abordagem destes pacientes significa uma pior evolução1-6(D).

O AVC, portanto, é uma emergência médica e deve ser conduzido prontamente, por equipe médica coordenada por neurologista clínico.

Recomendando-se o desenvolvimento de Unidades de AVC" 1,3,4(D) em todos os centros hospitalares habituados ao atendimento a pacientes com esta doença, onde estes doentes deverão ser internados.

A INVESTIGAÇÃO NA FASE AGUDA DO AVC

A tomografia computadorizada do crânio (TC) tem sido o exame de imagem recomendado, devendo ser realizada o mais rapidamente possível3,7,8(D). Deve ser repetida em 24 – 48h nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial ou de evolução insatisfatória7(D). A ressonância magnética encefálica (RM) com espectroscopia, ou ponderada para perfusão ou difusão pode ser realizada; apresenta positividade maior que da TC nas primeiras 24 horas para AVC isquêmico (AVCI), especialmente no território vértebro-basilar7-9(D). Para início da investigação etiológica recomenda-se a realização do ultrassom doppler de carótidas e vertebrais10,11 (D), avaliação cardíaca com

eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com doppler transtorácico ou transesofágico10,12(B), devendo ser realizado antes da alta hospitalar.

A angiografia cerebral deve ser realizada nos casos de HSA ou acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) de etiologia desconhecida. Outros exames de imagem podem ser realizados conforme a necessidade, incluindo a angioressonância, o doppler transcraniano e o SPECT (single photon emission computed tomography")11,13,14(D).

O exame do líquido cefalorraquiano (LCR) está indicado nos casos de suspeita de hemorragia subaracnóidea (HSA) com TC negativa e de vasculites inflamatórias ou infecciosas15(D).

Recomenda-se realizar em caráter de emergência os seguintes exames sanguíneos 2,3,10,16(D): hemograma, glicose, creatinina, uréia, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e, antes da alta hospitalar, frente a suspeita de trombose, a dosagem do colesterol total e frações, triglicérides e fibrinogênio. Recomenda-se também reações sorológicas para a doença de chagas e sífilis.

Nos casos de AVCI em jovem ou sem etiologia definida, recomenda-se

screening" completo para processos autoimunes, arterites, distúrbios da coagulação, perfil genético, malformação e dosagem de homocisteína2,3,16(D).

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Embora a hipertensão arterial (HA) ocorra frequentemente na fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, sendo encontrada em 50% a 80% dos pacientes, muita controvérsia existe no tocante ao seu manejo3,10,17-19(D). Tem sido descrita deterioração neurológica com o uso de agentes anti-hipertensivos. Recomenda-se nenhum ou mínimo tratamento inicial da HA leve a moderada na fase aguda do AVC isquêmico, com a ressalva de que não existem estudos randomizados que permitam firmar definitivamente tal conduta(D).

Em casos de HA grave (PA sistólica > 220 mmHg ou PA diastólica > 120 mmHg ou PA média > 130 mmHg, sendo esta calculada somando-se a PA sistólica ao dobro da PA diastólica e dividindo-se por três), a sua redução deve ser feita de maneira bastante cautelosa, visto que pode ocorrer piora do quadro neurológico em consequência de resposta hipotensora excessiva. Beta-bloqueadores por via intravenosa (metoprolol) e nitroprussiato de sódio em infusão contínua são as drogas de eleição. A utilização precoce de drogas antihipertensivas parenterais também está indicada quando a HA se associa à insuficiência renal secundária à hipertensão acelerada, dissecção da aorta torácica, infarto agudo do miocárdio ou transformação hemorrágica do infarto cerebral 1,3,19(D). A terapêutica por via oral também pode ser utilizada, dando-se preferência aos inibidores da enzima conversora da angiotensina e betabloqueadores. Drogas que possam causar queda brusca e imprevisível da pressão arterial tais como os bloqueadores de canais de cálcio por via sublingual e os diuréticos de alça, devem ser evitados (D).

A aprovação do uso de ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA) para o tratamento do AVC isquêmico agudo trouxe como consequência um fator complicador no manejo da PA, pois nesta situação a PA deve ser igual ou menor a 185x110 mmHg18(D). Se a PA sistólica estiver entre 185 e 230 mmHg ou a PA diastólica entre 105 e 120 mmHg,

deve-se administrar o metoprolol na dose de 5 mg por via intravenosa em 2 a 3 minutos. Tal dose pode ser repetida a cada 10-20 minutos até o máximo de 20 mg. Se a PA sistólica estiver acima de 230 mmHg ou a PA diastólica entre 121 e 140 mmHg, é indicada a administração metoprolol da mesma forma. Se não ocorrer resposta satisfatória, pode-se utilizar nitroprussiato de sódio (0,5 a 1,0 µg/kg/minuto), titulando-se a dose para manter uma redução de 20 % da PA diastólica. Se a PA diastólica estiver acima de 140 mmHg, nitroprussiato de sódio deve ser a droga de primeira escolha. A PA deve ser monitorizada a cada 15 minutos durante o tratamento anti-hipertensivo, observando-se cuidadosamente a possibilidade do aparecimento de hipotensão(D).

Nos pacientes com hemorragia intracerebral, deve-se evitar que a PA sistólica ultrapasse 180 mmHg e que a PA diastólica supere 105 mmHg, recomendando-se nas situações em que tais parâmetros pressóricos forem ultrapassados, a utilização intravenosa de metoprolol ou nitroprussiato de sódio2,3,18(D). Tal terapêutica deve levar a PA sistólica a níveis entre 140 e 160 mmHg ou a PA média entre 100 e 130 mmHg3,10,18(D). Nos pacientes torporosos ou em coma, a monitorização da pressão intracraniana pode ser necessária para manter a pressão de perfusão cerebral acima de 70 mmHg3,10,18(D).

A hipotensão arterial, embora incomum na fase aguda do infarto cerebral, pode ter efeitos deletérios sobre os déficits neurológicos, devendo sempre ser evitada. Dessa forma, o combate à hipovolemia e à falência cardíaca são medidas prioritárias nessa situação1-3,18,19(D).

CONTROLE DA GLICEMIA 3,10,20,21(B)

Há relativo consenso de que hiperglicemia (glicemia > 120 mg/dL) é deletéria na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC (isquêmico ou hemorrágico)3,10,20,21(B). O diabetes pode piorar o prognóstico do AVC por favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas no curso da doença.

Não há evidência direta de que o controle estrito da glicemia com insulinoterapia nos primeiros dias do infarto cerebral altere a evolução clínica a curto ou longo prazo, mas esta evidência já é clara em estudos de infarto agudo do miocárdio (estudo DIGAMI)22(D).

Recomenda-se, então:

- Pesquisar diabetes em todo paciente em que se detecte hiperglicemia; na ausência de diagnóstico prévio, medir hemoglobina glicosilada (total e fração A1);

- Monitorizar a glicemia nas primeiras 48 a 72 horas em todo paciente com AVC agudo (qualquer tipo); sugere-se intervalo de 6 horas; regimes de monitorização mais intensivos e por tempo maior podem estar indicados em pacientes com hiperglicemia grave ou história de diabetes tipo I – insulino dependente, hiperglicemia de difícil controle ou risco de hipoglicemia;

- Evitar soluções parenterais de glicose; soluções cristalóides (soro fisiológico a 0,9% com potássio ou Ringer)21(B)22(D) é sugerido para reposição volêmica parenteral; suporte nutricional na fase aguda de preferência por via digestória no menor prazo possível;

- Evitar e tratar causas adicionais de hiperglicemia, como o uso de esteróides ou infecção;

- Evitar hipoglicemia e outras alterações metabólicas; dar glicose hipertônica em pacientes com glicemia menor que 70 mg%; atenção especial em pacientes em uso de antidiabéticos orais;

- Até que mais dados imponham outras recomendações, o uso rotineiro de insulina por infusão contínua não pode até aqui ser recomendado; sugere-se, entretanto, o uso de doses isoladas de insulina regular sempre que os níveis glicêmicos excedam 180 mg%; em ambientes sofisticados que permitam monitorização intensiva, níveis mais baixos, como 150 mg%, podem ser utilizados.

CONTROLE DA TEMPERATURA

A hipertermia deve ser tratada adequada- mente porque existem evidências que o aumento da temperatura exacerba a lesão neurológica na vigência de isquemia cerebral 23,24(D). A hipotermia moderada (33-34°C) tem sido empregada como abordagem terapêutica para diminuir o edema cerebral e o efeito de massa pelo infarto cerebral 25,26(B), contudo deve ser realizada somente em serviços com unidades de tratamento intensivo e pessoal altamente especializados27,28(C).

HIPERVENTILAÇÃO

Segundo alguns autores, existem controvérsias sobre o benefício da hiperventilação no tratamento da fase aguda do AVC29(D)30(B), principalmente se a pressão intracraniana for >35 mmHg 30(B).

A hiperventilação é uma conduta de emergência, sendo efetiva e recomendada no controle inicial de pacientes cujas condições estejam deteriorando secundariamente à hipertensão intracraniana aguda (Glasgow < 8), incluindose aqueles com síndrome de herniação 1,31(D).

Como as reduções da hipertensão intracraniana e/ou do edema cerebral através da hiperventilação não são sustentadas, esta deve ser mantida enquanto se associam outras medidas terapêuticas 1,31(D)30(B). A diminuição gradual da hiperventilação é essencial para evitar elevação rebote da pressão intracraniana, não sendo recomendado o aumento da PCO2 acima de 2 a 3 mmHg por hora29(D).

Os parâmetros utilizados são: PCO2 entre 25 e 30 mmHg; pressão expiratória final positiva no máximo entre 10 e 12 cm H2O, se possível, para evitar comprometimento do fluxo venoso cerebral30(B)31,32(D). Deve-se evitar a hiperventilação prolongada quando houver instabilidade da pressão sanguínea, arritmia ou barotrauma pulmonar.

HEMODILUIÇÃO

O tratamento com hemodiluição no AVC isquêmico é controverso, não sendo recomendado quando houver desidratação, anemia, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada e edema cerebral32 (D)33(A). A hemodiluição hipervolêmica pode ser útil na isquemia secundária ao vasoespasmo após hemorragia subaracnóidea32(D)33(A). Novos estudos sobre terapia com hemodiluição são necessários em pacientes com policitemia e AVC32 (D)33, 34(A).

ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

A droga de escolha é o ácido acetil salicílico, pelo baixo custo, rápido início de ação e por ser o único antiagregante testado clinicamente no tratamento da fase aguda do AVC. Procurando adaptar as doses às apresentações disponíveis no mercado nacional, sugerimos

a utilização de 200mg a 500mg de ácido acetil salicílico ao dia. Existem outras opções de antiagregantes plaquetários disponíveis para serem utilizados em caso de contraindicação ao uso do ácido acetil salicílico (AAS), mas tais medicamentos não foram testados na fase aguda, tendo eficácia comprovada apenas para a prevenção secundária35 (D)36-38(A).

ANTICOAGULANTES: HEPARINA1(D)

O uso de anticoagulantes em AVC isquêmico é controverso na literatura 1,3,10,39(D).

- AVC isquêmico arterial:

➢ Até o presente não existem estudos definitivos que demonstrem a pertinência do uso da heparina (ou a sua falta) sobre a evolução clínica do paciente com AVC na fase aguda.

- AVC isquêmico venoso:

➢ Recomenda-se o uso da heparina na fase aguda da trombose venosa cerebral.

➢ Posologia: heparina 5000 UI/ml - Dose de ataque (D1): 1 a 2 ml IV. Dose de manutenção: 1 ml IV de 4/4h ou 1,2 ml diluídos em 120 ml de SF 0,9% IV contínuo através de bomba de infusão (20 ml/h) ou através do 'med-med' (20 µgotas/min.). Fazer coagulograma basal antes de iniciar o tratamento, controlar TTPa diário (manter entre 1,5 a 2,3 vezes em relação ao valor basal). Manter heparina IV e iniciar anticoagulante oral (D4) [femprocumona 3 mg: 1cp VO/dia ou Warfarin 5mg: 3 cp VO/dia (1º dia), 2 cp VO/dia (2º dia), mantendo 1 cp VO/dia]. Controlar TTPa, TAP e INR diário (manter INR entre 2,5 e 3,5). A partir de D7 manter anticoagulante oral por 3 a 18 meses (controlar TAP e INR).

➢ Heparina de baixo peso molecular [nadroparina 0,6 ml/SC·12/12h ou enoxiparina 60 mg/SC 12/12h]: Manter por três semanas, seguido por anticoagulante oral.

TROMBOLÍTICOS

A estreptoquinase foi avaliada em diversos estudos, sendo o seu uso endovenoso (EV) desistimulado por causa dos efeitos colaterais40-45(A) não é atualmente recomendada. O uso do rtPA EV trouxe um resultado significativo quando administrado ao paciente nas primeiras 3 horas1,4046(A).

NEUROPROTEÇÃO

Apesar das evidências experimentais de sucesso com este grupo de drogas, o mesmo não vem se comprovando em ensaios clínicos; os principais fármacos, até hoje estudados, não evidenciaram benefícios no uso clínico 4749(D)50 (B).

As recomendações em relação a este tema são: Evitar a hipertermia, com o uso de paracetamol 500mg 6 em 6 horas e diagnosticando e intervindo precocemente nas infecções; a realização de hipotermia implica em técnicas nem sempre viáveis no nosso meio51-53(C).

Cada droga possui características de dosagem, monitoramento e precauções distintas, que precisam ser de pleno domínio do neurologista 48,49(D). É de fundamental importância considerar a janela terapêutica para cada uma das drogas a ser indicada (D).

ANTIEDEMATOSOS

O edema cerebral é a principal causa de complicações e de óbito após o AVC 54-56(D). Tem características próprias que o distingue dos demais tipos de edema cerebral que ocorrem em outras afecções. O seu tratamento é controverso, com alguns relatos desfavoráveis e outros otimistas5763(A)64(B), havendo evidências de benefícios com o uso de drogas hiperosmolares (glicerol e manitol) 58,60,61(A)56(D). O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, e mantido por um período aproximado de 10 dias, com um mínimo de 5 dias58,61(A)64(B). Casos leves não necessitam desta terapêutica. Merece especial cuidado, e por vezes deve ser contra-indicado, nos doentes com insuficiência cardíaca, insuficiência renal e diabetes. A dexametasona deve ser contraindicada como tratamento antiedematoso 65,66(A).

ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Os pacientes com AIT devem ser rapidamente avaliados para reduzir o risco de AVC isquêmico, que é maior logo após o AIT, especialmente em alguns subgrupos, como por exemplo, nos pacientes com trombo intracardíaco ou doença carotídea associada.

A investigação dos pacientes com AIT na fase aguda67(D) segue as recomendações adotadas aos pacientes com AVC isquêmico agudo. A internação hospitalar é justificada para acelerar a investigação do paciente com AIT recente(D). Os exames deverão ser realizados para avaliar a necessidade de tratamento específico, como a anticoagulação ou endarterectomia, e reduzir a possibilidade de AVC isquêmico.

TROMBOSE V ENOSA CEREBRAL (TVC)

O tratamento de escolha é a heparina, intravenosa ou subcutânea, seguido por anticoagulantes orais por tempo variável de três a seis meses, dependendo da etiologia do quadro 68(D)70(C)71,72(A).

MANEJO CLÍNICO DA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

Os objetivos fundamentais no manejo clínico dos doentes com HSA são:

- Prevenção do ressangramento;
- Prevenção do déficit neurológico isquêmico tardio (vasoespasmo cerebral).

São recomendadas: dieta adequada; repouso no leito; controle hidroeletrolítico rigoroso; analgesia e sedação sempre que necessárias; controle da PA (não existe consenso sobre o adequado manejo dos níveis de PA nestes doentes. Reduções drásticas da PA são contraindicadas, pois estão associadas com aumento nos índices de complicações isquêmicas. Poder ser indicado hipotensores quando houver evidência de lesões de órgãos alvo ou quando a PA média estiver acima de 125mmHg) (D). A nimodipina é recomendada para a prevenção da isquemia cerebral relacionada com HSA. A dose deve ser de 60 mg por via oral a cada 4h73(A). Monitorização hemodinâmica invasiva: cateter de Swan-Ganz é especialmente recomendada em pacientes com história de doença cardiovascular prévia e nos pacientes com evidência clínica ou ecocardiográfica de disfunção ventricular esquerda. Terapia anticonvulsivante profilática pode ser empregada por curto período; a droga normalmente escolhida é a fenitoína 74,75(D). Nos pacientes que desenvolvem sintomas clínicos de vasoespasmo cerebral (déficit neurológico isquêmico tardio), nos quais o aneurisma já esteja clipado ou ocluído, recomenda-se a utilização da terapia hiperdinâmica, também conhecida como Terapia dos 3 Hs" (hemodiluição, hipertensão e hipervolemia), e os parâmetros do protocolo de Widjicks73(A)76(B)74, 75,77(D).

PROCEDIMENTO: Intoxicações

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

Tipos de Intoxicações

A enfermagem tem uma participação importante no tratamento das intoxicações, por suas intervenções, na descontaminação de olhos, pele e lavagem gástrica, e na assistência respiratória, quando indicado.

Pacientes com overdose de drogas ou intoxicação necessitam cuidados precisos para evitar complicações; o paciente pode ainda estar acordado apesar da quantidade de droga ingerida (absorção ainda parcial) sendo indicada a lavagem gástrica (se a ingestão não for de agentes corrosivos); é importante observar o paciente por um tempo prolongado.

O paciente pode se apresentar em coma ou evoluir para coma, com sérias complicações como hipóxia, broncoaspiração de conteúdo gástrico, etc.

Manobras de tratamento devem ser instituídas como emergência visando proteção de vias aéreas, respiração, circulação, drogas (dextrose, thiamina, antagonistas de narcóticos), e outros.

Hipotermia, hipotensão, hipertensão, arritmias e convulsões são as complicações mais evidentes.

Antídotos devem ser usados quando a droga ingerida é conhecida. A descontaminação da pele deve ser feita com abundante quantidade de água para aqueles casos de lesão da pele por corrosivos.

Nos olhos também deve ser utilizada a água abundante - utilizar se possível anestésico tópico ocular antes do início da lavagem ocular e subpalpebral.

A descontaminação do trato gastrointestinal pode ser feita por:

Emese - provocação de vômitos com substâncias vomitórias (ipeca, por exemplo);

Lavagem gástrica - indicada quando a emese não foi efetiva, porém contraindicada em situações de intoxicação por corrosivos, inconsciência (vômitos e broncoaspiração de conteúdo gástrico sem tubo endotraqueal).

O uso do carvão ativado tem suas indicações precisas bem como contraindicações.

Catarse - é outra manobra para diminuir os efeitos deletérios da intoxicação provocando a aceleração do trânsito intestinal na tentativa de eliminar o produto ingerido.

Ainda, como medidas para desintoxicação, podem ser utilizadas a diurese forçada (diuréticos), alcalinização da urina ou acidificação da urina (contraindicado com rabdomiólise e mioglobinúria).

Hemodiálise e hemoperfusão - utilizadas quando a droga é conhecida ou suspeita de poder ser dialisada; em coma profundo, apnéia, hipotensão ou choque, e outras alterações graves do balanço metabólico. E, em situações com intoxicações, em portadores de doenças graves de base.

Graduação Fisiológica da Gravidade do Envenenamento		
Sinais e Sintomas		
Gravidade	Envenenamento Estimulante	Envenenamento Depressivo
Grau 1	Agitação, ansiedade, diaforese, hiper-reflexia, midríase, tremores	Ataxia, confusão, letargia, fraqueza, capaz de seguir comandos verbais
Grau 2	Confusão, febre, hiperatividade, hipertensão, taquicardia, taquipnéia	Coma leve (não responde a estímulos verbais, mas responde à dor); tronco e reflexos profundos intactos
Grau 3	Delírios, alucinações, hiperpirexia, taquiarritmias	Coma moderado (depressão respiratória, não responsivo à dor), alguns, mas nem todos reflexos ausentes
Grau 4	Coma, colapso cardiovascular, convulsões	Coma profundo (apnéia, depressão cardiovascular), todos os reflexos ausentes

Tabela 1. 28./ROCCO, 2000

Opióides

Intoxicação Aguda

Pupila puntiforme, depressão respiratória e coma, boca seca, analgesia, hipotensão arterial, cianose, hipotonia muscular, respiração de Cheyne-Stokes.

Intoxicação Crônica

Dependência física e psicológica - a falta da droga provoca o que se chama de síndrome de abstinência que é caracterizada por nervosismo, ansiedade, sonolência, sudorese, pele arrepiada, contrações musculares, dores acentuadas nas costas e pernas, vômitos, diarreia, aumento da pressão arterial, aumento da temperatura, sofrimento psicológico.

Estado de Mal Epiléptico (EME)

Considerações Gerais

O Estado de Mal Epiléptico (EME) é uma condição clínica que requer um pronto reconhecimento e tratamento, a fim de se prevenir uma lesão cerebral irreversível ou mesmo a morte do paciente. Apesar do progresso das técnicas diagnósticas e terapêuticas, o EME associa-se a uma significante mortalidade e morbidade, que somente será diminuída com uma melhor compreensão dos seus mecanismos básicos e com o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes.

Definição

Condição clínica em que as crises epilépticas repetem-se tão frequentemente ou são tão prolongadas que criam uma condição epiléptica fixa e duradoura. Para efeitos práticos, um paciente se encontra em EME quando apresenta duas ou mais crises sem que tenha uma recuperação completa da consciência entre os episódios críticos ou tenha uma crise que se prolongue por mais de 30 minutos.

A presença do edema cerebral desencadeado pelo EME, por sua vez, agrava a situação da doença de base, aumentando a pressão intracraniana e o sofrimento cerebral, criando um ciclo vicioso que vai agravando a situação, corroborando para as evidências clínicas de que quanto mais retardado é o tratamento do EME, mais difícil é o seu controle e pior ainda, o seu prognóstico.

Do ponto de vista sistêmico, na fase inicial do EME, observamos aumento da pressão arterial, dos níveis de glicose e lactato e queda do pH, passando a desenvolver hipoglicemia conforme progride o EME. Arritmias cardíacas podem ocorrer devido à hiper-reatividade

autonômica, acidose e hipercalemia (aumento do potássio). A depressão respiratória pode ocorrer por dificuldades mecânicas devido a musculatura contraída, disfunção do centro respiratório, constrição brônquica, broncopneumonia aspirativa (conteúdo gástrico, salivar) ou edema agudo neurogênico. Pode ocorrer também insuficiência renal por mioglobinúria. O paciente desenvolve hipertermia e leucocitose.

Classificação do EME ○ Generalizado ○ Convulsivo - tônico, clônico, tônico/clônico, mioclônico. ○ Não convulsivo - ausência.

○ Parcial ○ Simples – motor, somatossensitivo, afásico, sensorial. ○ Complexo.

Os principais objetivos do tratamento nestes pacientes são:

1. manter condições vitais por todo o tempo: checar sinais vitais, observar padrão respiratório, monitorização eletrocardiográfica;
2. identificar possiveis fatores desencadeantes;
3. prevenir e corrigir as complicações clínicas: estar atento às alterações pressóricas, edema pulmonar, infecções intercorrentes, fraturas e contusões;
4. administrar medicação anticonvulsivante.

Drenos e Cateteres Cerebrais

Comumente pacientes neurológicos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se apresentam com cateteres e/ou drenos em região cefálica ou coluna lombar, e o manejo destes pacientes pela equipe de enfermagem implica no conhecimento básico dos tipos de drenos e cateteres, suas funções e indicações. A seguir, faz-se necessária uma breve exposição sobre os principais elementos anatômicos do Sistema Nervoso (SN) onde estes materiais são alocados.

Espaço Subgaleal

É o espaço virtual situado logo acima da tábua óssea externa do crânio e fáscia pericrânica, sendo um local frequente de hematomas (hematomas subgaleais) em Traumatismos Cranioencefálicos (TCE). Os pós-operatórios de neurocirurgia habitualmente requerem drenos subgaleais, que em geral são drenos tipo suctor, e se prestam para evitar coleções de sangue ou serosanguinolentas neste espaço.

Espaço Epidural

É o espaço virtual situado entre a duramater e a tábua óssea interna do crânio, sendo o local de origem dos hematomas epidurais ou extradurais no TCE. Os pós-operatórios de neurocirurgia podem requerer drenos epidurais, da mesma forma que drenos subgaleais, que são drenos tipo suctor e evitam que coleções serosanguinolentas se formem. Neste caso, porém, a formação de coleções pode custar a vida do paciente, dada a gravidade dos hematomas epidurais.

Espaço Subdural

É o espaço situado imediatamente abaixo da duramater, e abriga os chamados hematomas subdurais, que podem ser pós-traumáticos ou pós-ruptura de malformações vasculares do SN ou espontâneos. O emprego de drenos subdurais em neurocirurgia de maneira geral se

faz após drenagem de hematomas subdurais crônicos, em que se utilizam drenos maleáveis e delicados (cateteres tipo ventricular ou similares) conectados a sistemas coletores dos mais variados tipos como, por exemplo, bolsas de drenagem ventricular externa. Nestes casos a drenagem se faz por ação da gravidade, daí a importância de serem colocados sempre em nível abaixo da cabeça do paciente. Outro detalhe de suma importância é que não se deve permitir a entrada de ar no sistema, o que poderia levar ao acúmulo de ar no espaço subdural, condição conhecida como pneumoencéfalo, que poderia até mesmo, se tratasse de um pneumoencéfalo hipertensivo, causar grande aumento na pressão intracraniana e requerer cirurgia de emergência.

Tecnicamente os chamados cateteres lombares são também colocados no espaço subdural, porém em coluna espinhal lombar. São também conhecidos como drenagens ou derivações lombares, e estão indicados nos casos em que se faz necessária a diminuição da pressão do Líquido Cefaloraquidiano ou líquor (LCR) acima do local de sua introdução, como nos casos de fístulas liquóricas espontâneas ou adquiridas de coluna espinhal ou cefálicas, ou para administração de fármacos.

Sistema Ventricular

Trata-se de estruturas cavitárias intercomunicadas situadas na profundidade do SN central, recobertas por epitélio cúbico e em alguns pontos pelo plexo coróide, estrutura especializada na produção de LCR. O LCR é, portanto, produzido pelas células epiteliais do plexo coróide do III e IV ventrículos, ganha o espaço subaracnóideo por meio de forames específicos e é reabsorvido pelas granulações aracnóideas, situadas junto aos seios venosos do encéfalo.

O conteúdo total de LCR de um ser humano adulto é de cerca de 150 ml e sua produção se dá de forma contínua, sendo que a cada 8h, aproximadamente, este total é renovado.

Os neurocirurgiões utilizam, frequentemente, cateteres ventriculares em seus pacientes para os mais variados fins e o conhecimento desta dinâmica de produção e absorção do LCR, bem como a noção básica da anatomia do sistema ventricular são de fundamental importância para o manejo destes pacientes por parte da equipe de enfermagem.

Derivações Ventriculares Externas - D.V.E.

Conceito

O sistema fechado de drenagem de LCR consiste em uma cateterização cirúrgica do sistema ventricular, exteriorização do cateter pela pele e acoplamento do mesmo a um sistema coletor (bolsa de drenagem).

Indicações

Utilizados no controle do volume e da pressão liquórica por intermédio da drenagem temporária externa de LCR quando não houver a indicação de sistema de derivação interna permanente (DVP - derivação ventrículoperitonial/pleural; DVA - derivação ventrículo-atrial).

As indicações mais comuns são:

- hidrocefalia associada à meningite infecciosa/inflamatória;
- hidrocefalia por sangramento intraventricular (no Acidente Vascular

Encefálico hemorrágico hipertensivo ou por ruptura de aneurisma cerebral ou outra malformação cérebro-vascular);

- em pós-operatório de neurocirurgia quando se tem o conhecimento da possibilidade de hidrocefalia pós-operatória (ressecção de grandes tumores na fossa posterior e pós-operatório de aneurisma cerebral com grande quantidade de sangue no espaco subaracnóideo, por exemplo);

- qualquer forma de hidrocefalia aguda em que se presencia o rápido e progressivo deterioro neurológico, pela facilidade e rapidez do procedimento;

- acoplar sistema transdutor para monitorização da Pressão Intracraniana (PIC), sendo uma das modalidades propedêuticas para aferição da PIC e que também encerra propriedade terapêutica na HIC, conforme o conceito acima exposto.

Aspectos Técnicos

O sistema de drenagem externa, abaixo ilustrado, consiste em uma bolsa coletora de fluidos adicionado de um sistema de tubagem que permite a drenagem do LCR sem contato com o meio exterior. Vários são os modelos destes conjuntos de drenagem externa e basicamente são compostos de:

- um cateter proximal ou ventricular;

- urn sistema de tubagem; - uma bolsa coletora.

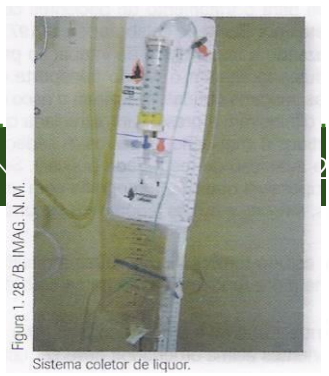


Figura 1. 28./B. IMAG. N. M.

Sistema coletor de liquor.

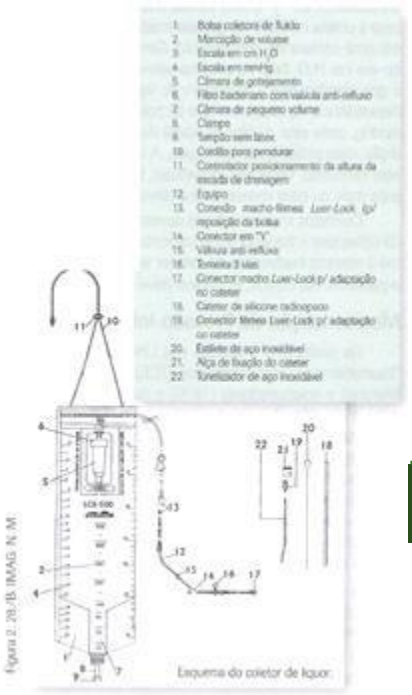


Figura 2. 28./B. IMAG. N. M.

Esquema do coletor de liquor.

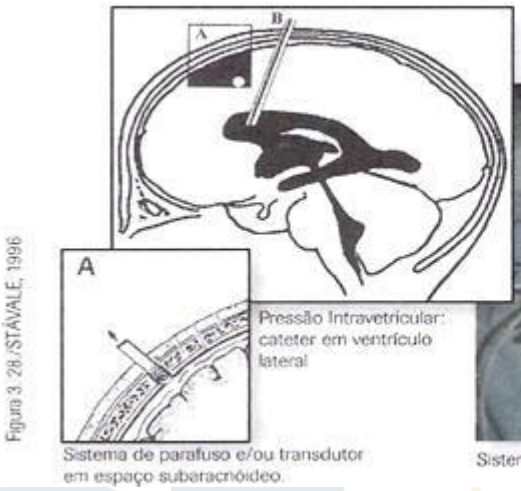


Figura 3. 28./STÁVALE, 1996

Sistema de parafuso e/ou transdutor em espaço subaracnóideo.

Figura 4. 28./B. IMAG. N. M.

Sistema de drenagem extracraniano sanfonado (esq) e intracraniano (dir).

O cateter proximal ou ventricular é feito de silicone radiopaco, com cerca de 23 cm de comprimento. O sistema de tubagem, que pode em alguns modelos já estar acoplado à bolsa coletora, é composto de uma conexão macho tipo luer-lock em uma extremidade que deve ser conectada ao adaptador do cateter ventricular. Distal a esta conexão existe uma torneira de três vias, à qual se pode adaptar uma conexão com transdutor para aferição da PIC, e em alguns modelos, imediatamente após a torneira de três vias, um conector em "y" e uma válvula antirrefluxo. A bolsa coletora é descartável e especialmente desenhada para a coleta de LCR. Na grande maioria dos modelos, o sistema de tubagem se acopla à bolsa e termina em uma câmara de gotejamento. Geralmente essas bolsas são demarcadas com uma escala em mmHg ou em cm H2O. Não há sistema valvular nos conjuntos utilizados nas derivações ventriculares externas, o que significa que a drenagem do líquor é feita contra um gradiente de pressão hidrostática, ou seja, na dependência da altura em que se coloca a bolsa coletora aberta. Considerando a PIC normal em até 20 mmHg, seria este o valor da altura da bolsa coletora ao nível do forame de Monroe dentro de uma condição mais próxima da fisiológica. A orelha do paciente poderia corresponder mais aproximadamente a este elemento. Variações individuais, bem como o tipo de patologia em questão podem alterar este valor para mais ou para menos, o que deve ser determinado pelo médico responsável.

Cuidados imprescindíveis devem ser tomados quando da mudança de decúbito, alteração da altura da cabeceira e transporte do paciente no sentido de se evitar a hiper ou hipodrenagem do LCR ou mesmo a retirada inadvertida do cateter ventricular, o que poderia acarretar consequências desastrosas para o paciente. Na dúvida, o médico deve ser sempre consultado.

Monitorizacão da Pressão Intracraniana (PIC)

Os protocolos utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva para o tratamento de pacientes com Traumatismos Cranioencefálicos (TCE) foram inicialmente propostos por Becker e colaboradores (1977), Marshall e colaboradores (1979) e outros pesquisadores, enfatizando a importância da intubação precoce e da sedação dos pacientes com TCE grave. Essas condutas facilitaram o rápido transporte de pacientes para estudos tomográficos, melhoraram a qualidade das imagens obtidas, reduziram o risco de hipoxemia, de aspiração do conteúdo gástrico e, provavelmente diminuíram a pressão intracraniana que pode ocorrer secundariamente à agitação dos pacientes submetidos à ventilação mecânica. A

sedação torna impossível uma avaliação neurológica adequada (exceto a avaliação da reatividade pupilar). Sem contar que o TCE é um fenômeno evolutivo e é praticamente impossível obter-se tomografia com uma frequência suficiente para um diagnóstico de hematomas tardios, swelling e outros fenômenos secundários da evolução do TCE.

A monitorização da PIC, o exame neurológico evolutivo, o escudo tomográfico e outras modalidades diagnósticas tornaram-se altamente reconhecidos como uma parte fundamental no tratamento dos pacientes com TCE.

O volume intracraniano de um adulto é de, aproximadamente, 1.900 ml e é ocupado com 80% de cérebro, 10% de sangue e 10% de líquor. O volume dos componentes acima ordenados deve ser compensado se houver aumento de um destes componentes ou aparecimento de outro elemento "que ocupe espaço", considerando a doutrina de Monro-Kellie, na qual o volume do compartimento intracraniano deve permanecer constante porque o crânio é uma caixa inextensível.

Considerações básicas para a monitorização da PIC

1. O procedimento deverá causar lesão ou irritação mínima às estruturas intracranianas.

2. O risco de infecção deverá ser mínimo.

3. Manter a conexão entre o sistema ventricular ou subaracnóideo e os sistemas inscritores e transdutores sem nenhum vazamento de líquido.

4. Manter o aparelho durante a monitorização por períodos relativamente longos sem manipular o paciente, porém sem causar problemas para o atendimento do mesmo ou desconforto.

5. Continuar (se possível) a monitorização durante outros procedimentos diagnósticos: estudos radiológicos, tomografias, anestesia, etc.

6. O equipamento deverá ser de fácil manuseio, confiável e de simples adaptação para o pessoal de enfermagem, não requerendo um grande treinamento específico.

Indicações de monitorização da pressão intracraniana

1. Pacientes com ausência de abertura ocular, ausência de resposta verbal e postura motora inadequada (pacientes com escore de Glasgow menor ou igual a 7).

2. Pacientes com estudo tomográfico de lesão expansiva e com resposta motora de descerebração e/ou decorticação (incidência de HIC em 70%).

3. Pacientes com lesões difusas, para seguimento de tratamento da HIC e alterações das medidas terapêuticas (swelling).

4. Pacientes politraumatizados, com alteração do nível de consciência (onde a terapia necessária pode ter efeitos deletérios sobre a PIC):

PEEP - pressão expiratória final positiva, hiper-hidratação, etc.

5. Seguimento após procedimentos neurocirúrgicos para tratamento de lesões expansivas intracranianas.

Contra-indicações (relativas)

- Pacientes conscientes.
- Pacientes com coagulopatias (incluindo CIVD), freqüentemente observadas em pacientes politraumatizados graves (quando se deve dar preferência para a monitorização subaracnóidea em lugar da intraventricular.

Tipos de Monitorização – Vantagens e Desvantagens

Tipo	Vantagens	Desvantagens
Cateter ventricular	• Alta confiabilidade. • Possibilidade terapêutica de drenagem de LCR.	• Dificuldade para puncionar o ventrículo. • Requer uma coluna líquida que pode ter bolhas e artefatos. • Necessita reposicionamento do transdutor com mudança da cabeça.
Parafuso subaracnóideo	• Não invade o cérebro. • Baixa taxa de infecção. • Não necessita puncionar o ventrículo.	• Bloqueio do orifício dando uma PIC falsa reduzida. • Artefatos à mobilização do sistema. • Necessita reposição do transdutor com mudança da posição.
Sistema de fibra óptica	• Espaço de colocação: subaracnóideo, intraparenquimatoso, intraventricular (mínimo artefato, alta resolução de pressão e do tipo de onda, não necessita reposicionamento do transdutor).	• Impossibilidade de calibração após colocação. • Quebra da fibra óptica.

A monitorização da PIC nos dá o valor da PIC. Isto nos permite uma abordagem terapêutica adequada nas suas várias modalidades. Em adultos o valor é normalmente entre 0 e 20 mmHg. Elevações da PIC podem ocorrer com a tosse, espirro, durante aspiração de secreções, rotação excessiva da cabeça (por compressão unilateral da vela jugular), cadarços fixadores de cânulas traqueais ou orotraqueais muito apertados (por compressão das jugulares bilateralmente), etc.

Arbitrariamente, uma pressão de 20 mmHg é usada como limite máximo aceitável em pacientes com TCE.

Se a PIC é observada por um longo período de tempo e permanece inalterada, o sistema ou a combinação de mecanismos que a controlam estão em equilíbrio. As alterações no valor da PIC orientam em: indicação de novos estudos tomográficos, avaliação da conduta terapêutica (hiperventilação, terapia osmótica, etc.), diagnóstico de outros fatores extracranianos que podem comprometer a pressão intracraniana, etc.

Complicações

- Infecção superficial no local da inserção (pouco freqüente).
- Meningite, encefalite e ventriculite (graves).
- Hemorragia intracerebral ou intraventricular.

Atualmente pode-se considerar que a monitorização da PIC diminui a mortalidade e a morbidade, facilita a orientação terapêutica, melhora o prognóstico e os riscos do procedimento não excedem os benefícios. Escalas de Coma

As escalas de coma são marcos comparativos da evolução dos pacientes quando criteriosamente utilizadas, tanto na avaliação de melhora ou piora da situação do Sistema Nervoso Central (SNC). Adotadas por muitos serviços, principalmente aqueles com manejo de pacientes com envolvimento do SNC, tendo em vista a facilidade de seu uso.

Escala de Glasgow para o Coma		
A. Abertura ocular		
Espontânea	4	Olhos abertos não implicam consciência.
À fala	3	Não necessariamente a comando verbal.
À dor	2	Não usar pressão supra-orbitária como estímulo doloroso.
Nenhuma	1	

B. Melhor resposta verbal		B. Verbal – Paciente intubado	
Orientado e conversa	5a	Parece capaz de conversar.	5
Desorientado e conversa	4b		
Palavras inapropriadas	3c	Habilidade de conversar questionável.	3
Sons incompreensíveis	2d		
Nenhuma	1	Nenhuma.	1

a. no tempo, pessoa e lugares; b. fala confusa; C. berros, palavrões; d. gemidos

C. Melhor resposta motora		
Obedece a comandos	6	
Localiza a dor	5	Movimento deliberado e proposital.
Flexão-retirada	4	Afasta-se do estímulo.
Decorticação	3	Flexão anormal.
Descerebração	2	Extensão anormal.
Nenhuma	1	Flacidez.

Tabela 3. In ROCCO, 2000

Observação

A escala de Glasgow não exclui a anotação de outras informações vitais no manejo de pacientes com doença neurológica:

- funcionamento neurológico assimétrico;
- anormalidades do tamanho pupilar e reatividade;
- o grau de esforço necessário para elicitar uma dada resposta; - distúrbios da linguagem.

Escore

3-4 = 85% letalidade e vegetativo;

>11 = 5-10% de letalidade ou vegetativo e 85% de probabilidade de incapacidade moderada ou boa recuperação.

No TCE

13-15 = TCE leve;

9-12 = TCE moderado; 3-8 = TCE grave.

Classificação de Fisher para o Coma	
Sonolência	O paciente mantém-se adormecido. Se estimulado, mantém diálogo e atividade motora apropriada, voltando a adormecer quando o estímulo cessa.
Torpor	O paciente mantém-se adormecido. Após estímulos fortes, responde monossilabicamente e apresenta atividade motora simples, visando livrar-se do examinador.
Coma leve	O paciente não mantém contato verbal. Se estimulado dolorosamente, sua atividade motora restringe-se a defender o local afetado.
Coma moderado	Situa-se entre o coma leve e o profundo.
Coma profundo	O paciente não mantém contato verbal. A atividade motora, após estímulos intensos, constitui-se apenas de movimentos reflexos, como por exemplo, aumento da atividade respiratória e postura em decorticação ou descerebração.
Coma irreversível	Também designado como morte cerebral ou coma *dépassé*.

Tabela 4, 28 RCCCO, 2008

Escala de Glasgow – Pitt para o Coma	
A. Abertura ocular	
Espontânea	4
Ao estímulo sonoro	2
À dor	1
Nenhuma	0
B. Reação pupilar à luz	
Normal	4
Constritas	3
Desiguais, ambas reagente	2
Desiguais, uma reagente	1
Nenhuma	0
C. Melhor resposta verbal (compreensão) – se estiver com TOT, anote I.T.	
Orientada	4
Confusa	3
Palavras desconexas	2
Incompreensíveis	1
Nenhuma	0

Tabela 5, 28 RCCCO, 2008

D. Melhor resposta motora direita	
Obediência	4
Apropriada "a"	3
Intermediária (imprecisa)	2
Esteriotipada	1
Nenhuma	0
E. Melhor resposta motora esquerda	
Idem acima	
F. Resposta dos nervos cranianos	
Todos presentes	4
Piscar ausente	3
Corneano ausente	2
Oculocefálico ausente	1
Todos ausentes	0
G. Gravidade das convulsões	
Nenhuma	4
Convulsão focal	3
Convulsões generalizadas	2
Status epilepticus mioclônicos	1
Flacidez	0
H. Respiração espontânea "b"	
Normal	4
Cheyne-Stokes	3
Hiperventilação central	2
Hipoventilação irregular, difícil	1
Nenhuma (apnéia)	0

Tabela 5, 28 RCCCO, 2008

a"- qualquer resposta ao estímulo doloroso, além da flexão ou extensão esteriotipada da extremidade superior.

b"- Se estiver curarizado ou em ventilação controlada, marque os escores das melhores deduções possíveis.

Observações

- TOT = Tubo Orotraqueal; IT = Intubação Traqueal.
- Para lactentes e crianças vide Escalas de Prognóstico no Capítulo 38, páginas 466-469.

Órteses e Tração da Coluna Cervical

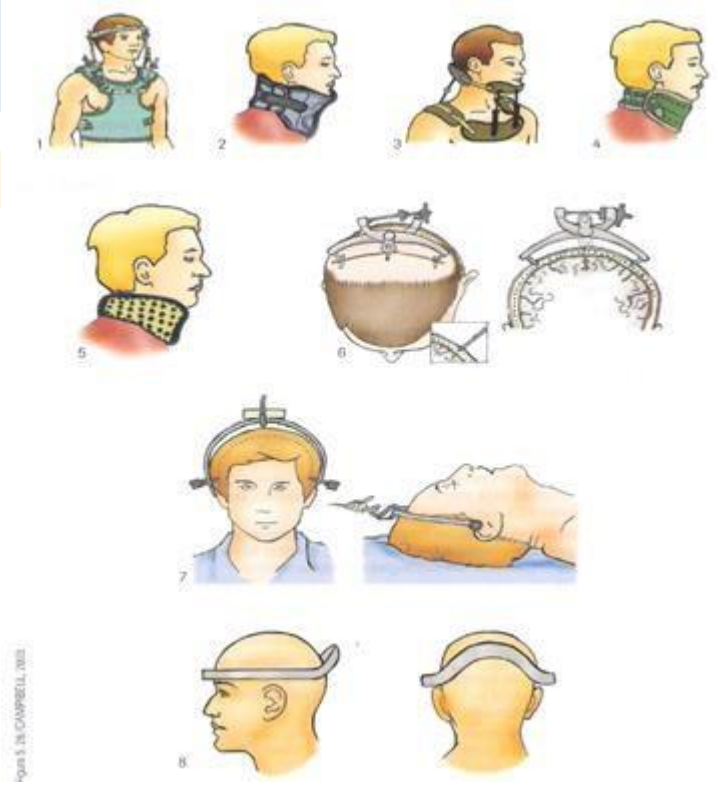
Órteses e tração na coluna cervical são frequentemente utilizados em pacientes politraumatizados, em pós-operatórios imediatos e em situações que necessitem de

restrição do movimento cervical. Dentro da Unidade de Terapia Intensiva, a órtese é mais utilizada naqueles pacientes com politraumatismos graves em que não foi possível um completo estudo da coluna cervical, naqueles com uma forte suspeita ou confirmação de lesão medular.

Órteses são dispositivos que param ou limitam a amplitude de movimentos. Os objetivos principais são suporte e imobilização da coluna cervical e não correção. A seleção da órtese adequada segue um planejamento clínico que deve incluir: alterações artrocinéticas ou biomecânicas, alterações musculares, alterações ligamentares ou capsulares e alterações neurológicas.

As órteses cervicais são comumente classificadas em duas categorias: convencional e não convencional. Na categoria convencional estão os colares cervicais e as órteses cervicotorácicas; na categoria não convencional está o sistema de tração por halo, que é assim considerado uma vez que necessita de uma técnica invasiva de fixação esquelética.

Nas fraturas de vértebras superiores da coluna cervical, particularmente C1 e C2, a órtese mais apropriada é o colete com halo craniano, pois permite um grau de imobilização maior e restringe movimentos de flexão, extensão e rotação. Esse arranjo permite máxima imobilização e está indicado em fraturas instáveis com possibilidade de graves complicações neurológicas.



Figuras:

1. Órtese Colete com halo.

2. Fixada no calvário por parafusos e na caixa torácica por meio de uma extensão do tipo colete.

3. Colar tipo Filadélfia.

4. Rígido que mantém apoios em coluna, occipício, mandíbula e pequena extensão do esterno.

5. Colar com 4 apoios.

6. Fixação possibilitada pela imobilização do occipício, mandíbula e pela extensão até o esterno e aspecto posterior do tórax.

7. Colar cervical macio.

8. Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.

9. Colar cervical rígido (tem abotoadura).

10. Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.

11. Pinça de Crutchfield.

12. O dispositivo não ultrapassa a tabua óssea externa.

13. Pinça de Gardner-Wells.

14. Melhor fixação ao crânio.

15. Halo-Órtese.

16. Posição final após fixação ao crânio. A redução de fraturas ou luxações deve ser iniciada o mais breve possível.

Fraturas de C3 a C7 com mecanismos de trauma tipo explosão, compressão ou apenas das facetas, podem ser tratadas com outros tipos de órteses, destacando o S.O.M.I. (Sternal Occipital Mandibular Immobilization) e o colete com halo; ambos proporcionam melhor imobilização de flexo/extensão e de rotação. O uso de colares tipo Filadélfia e colares com quatro apoios também podem ser empregados, porém o movimento de rotação fica limitado parcialmente. Colares rígidos têm uma eficácia razoável, mas não mantêm o controle rotacional do movimento.

Colares rígidos que não têm extensões adequadas até a cabeça ou tronco podem restringir movimentos cervicais, no entanto, esse tipo de órtese não é adequado, particularmente para restrição de movimentos entre occipício e C1 C2.

O colar cervical macio tem aplicações restritas por não proporcionar limitação de movimentos adequados, mas pela sua grande aceitação e grau de conforto que traz ao paciente, principalmente à noite, seu uso tornou-se bastante difundido em patologias da coluna cervical.

As lesões da coluna cervical exigem tratamento de urgência porque podem inicialmente já ser determinantes de lesão medular ou causá-las posteriormente, o que pode resultar em

gravíssimas e definitivas incapacidades para os pacientes. Socorro à vítima de acidente com suspeita de lesão cervical, não deve incluir movimentos de flexão, extensão, rotação ou lateralidade do pescoço.

Uma vez feito o diagnóstico, na presença de sinais e sintomas de comprometimento medular, medidas específicas deverão ser tomadas pare que se evite um maior dano neurológico. O tratamento ortopédico visa reduzir uma fratura ou luxação e reconduzir o canal vertebral às suas formas e dimensões normais, obtendo uma descompressão medular.

Luxações frequentemente determinam lesões medulares, devendo-se instituir imediatamente o tratamento medicamentoso (com corticosteróide) e realizada a redução por meio de halo craniano, um método eficiente e bem tolerado pelo paciente.

Técnicas diferentes de tração esquelética estão descritas na literatura, podendo ser ressaltada a de Gardner-Wells, Crutchfield e a do halo craniano, cada qual com suas vantagens e indicações.

Crutchfield descreveu o uso de tração esquelética em fraturas-luxações recentes ou antigas, usando um aparato como pinças que são fixadas no vértice do crânio. São fáceis de instalar, eficientes, não requerem grandes cuidados de enfermagem e causam poucas complicações. Composto por um conjunto de pinças que se fixam na tábua óssea externa sem ultrapassá-la, proporcionando maior segurança para o paciente.

Outro dispositivo utilizado são as pinças de Gardner-Wells, que possuem mecanismo parecido com o aparato anterior, porém sua fixação é feita em ambas mastóides. Os resultados são semelhantes e possui a vantagem de apresentar um risco de deslocamento menor.

O halo-órtese foi primeiramente utilizado em 1959 por Perry and Nickel em um halo-colete; seu uso foi amplamente difundido e até hoje se mantém como melhor opção para o tratamento de patologias cervicais em que o uso de tração deve ser mantido por um período mais prolongado.

Sua fixação é feita em 4 pontos, sendo uma na região frontal entre os olhos e a 2 cm da glabela, o restante dividido simetricamente. Requer dois profissionais para a simultânea fixação dos pinos. Somente deverão ser alterados os locais de fixação caso o paciente apresente drenagem serosa, inflamação local e sensação de "click".

Depois de instalado o halo, inicia-se a tração, em posição de repouso. O peso inicial deverá ser de, aproximadamente, 4 a 8 kg, dependendo do peso do paciente. A cama deve estar em proclive, funcionando como contratração. A cada 15-30 minutos é feito controle radiológico em perfil, aumentando-se a tração até se conseguir o descavalgamento dos processos articulares. Após a redução, o peso da tração é reduzido para 4 ou 5 kg, com a finalidade de manutenção da mesma.

Doppler Transcraniano (DTC)

Considerações Gerais

No Brasil, nos últimos 10 anos, o Doppler Transcraniano (DTC) vem ganhando seu espaço em neuro intensivismo, uma vez que fornece informações indiretas, mas plenamente confiáveis da fisiologia vascular encefálica, quando realizado de forma seriada.

Vantagens

Trata-se de um método não invasivo, cujo custo operacional é baixo, produz mínima interferência nos cuidados intensivos do paciente e pode ser realizado à beira do leito, provendo informações indiretas sobre a PIC (Pressão Intracraniana), PPC (Pressão de Perfusão Cerebral), FSC (Fluxo Sanguíneo Cerebral) e complacência cerebral (CHAN et al, 1993).

Desvantagens

Por ser um exame extremamente operador-dependente, o médico que o realiza deve ter conhecimento pleno da neuroanatomia, bem como suas correlações tridimensionais estruturais, fisiologia circulatória, autorregulação cerebrovascular, princípios da física aplicados nas diversas relações entre analise da onda e som no DTC, correlacionadas com a PPC, FSC e resistência cerebrovascular.

Equipamento

O DTC utiliza o princípio do efeito piezelétrico (Christian Dopplei,1842) do ultrassom pulsado contínuo, com uma frequência do transdutor de 2 MHz, cujas ondas são refletidas pelas células sanguíneas (principalmente hemácias), e novamente captadas pelo transdutor. Como as hemácias estão em movimento, pode-se utilizar a mudança na frequência sonora para se calcular a sua velocidade (fluxometria).

Técnicas de exame

Utiliza-se um transdutor (emissor/receptor), operado manualmente pelo médico que realiza o exame e gel entre a pele e o transdutor para otimizar a superfície de contato.

A combinação de elementos que tornam uma região mais condutiva para exame de estruturas, por meio do Doppler, chama-se de janela e, no caso do crânio, é o osso temporal (janela temporal) a região de maior condutividade para exame de estruturas intracranianas: outras janelas utilizadas para fluxometria de vasos intracranianos são a orbitária e suboccipital (sonação por meio do forame magno). Na janela orbitária deve-se obedecer a orientação de segurança de não utilizar potência acima de 25%.

Janelas Cranianas e Artérias Alcançadas pelo Transdutor

Janela	Fluxo
temporal	Aa. cerebrais médias. Bifurcação carotídea (segmento C7 da A. carótida interna). Aa. cerebrais anteriores. Aa. cerebrais posteriores (os segmentos P1 e P2). A. comunicante posterior. A. comunicante anterior, em alguns casos. Veia Basal de Rosenthal.
oftálmica	Aa. oftálmicas. Sifão carotídeo (segmento C6, oftálmico, de A. carótida interna) bilateral.
occipital	Aa. vertebrais. A. basilar. Aa. cerebelares póstero-inferiores (PAICAs).

Tabela 6.2a

A=artéria; Aa= artérias

Sensibilidade e Especificidade

Em alguns estudos, a comparação com a angiografia convencional mostrou uma sensibilidade e especificidade média de 87,5% pare o DTC.

Alguns autores, estudando a fisiopatologia do vasoespasmo cerebral, consideram o DTC como o método mais eficaz e prático na identificação de pacientes com alto risco de desenvolver déficits isquêmicos neurológicos, com sensibilidade de 78% e especificidade de 85%, variando até sensibilidade de 94% e especificidade de 90% em dois estudos diferentes.

Doppler Transcraniano e Pressão Intracraniana (PIC)

Em situações de aumento progressivo da PIC há alterações (qualitativas) nas ondas do DTC, que as tornam características de hipertensão intracraniana.

O fluxo diastólico final desaparece quando a PIC alcança a pressão arterial diastólica e se a PIC continuar aumentando (excedendo a pressão arterial diastólica), reaparece fluxo sanguíneo com reversão do fluxo intracraniano durante a diástole, caracterizando um tamponamento progressivo da circulação cerebral.

Doppler Transcraniano e Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)

Abaixo de 40 mmHg de PPC (produzido por uma PIC 90 mmHg), tanto o FSC, quanto à velocidade média são reduzidos e tal queda pode ser atribuída à exaustão dos mecanismos compensatórios cerebrovasculares.

Doppler Transcraniano e Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC)

O fluxo sanguíneo no tecido cerebral é definido como a quantidade de sangue

(ml) que perfunde um volume de tecido cerebral (100 g) por unidade de tempo (min).

O FSC é influenciado por vários fatores que interagem entre si: pressão de perfusão arterial, pressão intracraniana, viscosidade sanguínea, conteúdo de CO2 arterial, presença de estenose arterial proximal, calibre e extensão de colaterais e autorregulação cerebral.

O DTC não pode ser utilizado como medida direta da perfusão tissular cerebral, uma vez que não se tem como quantificar a área seccional (transversal) do vaso, necessária para a definição do fluxo sanguíneo em uma artéria. Entretanto, a medida da velocidade dos eritrócitos fornece um índice que se correlaciona com alterações do fluxo sanguíneo em uma artéria em indivíduos normais e em situações de patologia, de forma prática, segura e não dispendiosa.

Fatores que influenciam o fluxo sanguíneo cerebral

Hematrócito

Níveis séricos de hemoglobina influenciam, significativamente, nas velocidades de fluxo no DTC, uma vez que alteram a viscosidade sanguínea; níveis de fibrinogênio são inversamente proporcionais à velocidade média de fluxo.

Pressão parcial de oxigênio

Um decréscimo de 20% na pO2 pode resultar num aumento entre 5-25% na velocidade média.

Idade

Com o aumento da idade há um decréscimo progressivo nas velocidades no DTC que pode variar de 15-24%; mulheres entre 20 e 60 anos de idade apresentam aumento significativo na Vm no DTC comparado aos homens da mesma faixa etária; acima dos 70 anos, tal diferença não é detectada.

Pressão parcial de CO2

Alterações na pressão arterial parcial de CO2 (pCO2) produzem os maiores efeitos sobre as velocidades cerebrais no DTC. A hipercapnia causa vasodilatação arteriolar, reduzindo a resistência vascular periférica, resultando em aumento do FSC na macrocirculação. Já a hipocapnia induz vasoconstricção cerebral e consequente diminuição do FSC.

Temperatura

Há a redução de 4% no FSC na hipotermia, e na hipertermia, um aumento de 7% no FSC.

Outros fatores - sono

A Vm reduz, aproximadamente, 15%; movimentos oculares rápidos que ocorrem durante o sono ocasionam na Vm, aumento de 9-18% e exercícios físicos extenuantes, aumento de até 60%.

Autorregulação Cerebral

O FSC permanece relativamente constante durante variações fisiológicas normais da pressão média de perfusão cerebral (50-140 mmHg).

Doppler Transcraniano e Traumatismo Craniano

Em pacientes vítimas de Traumatismo Craniano grave, a manutenção da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) tem se mostrado como um dos mais importantes fatores prognósticos em Unidades de Terapia Intensiva.

Nenhum método, até o advento do DTC, nos proporcionava uma visão indireta da pressão de perfusão cerebral e fluxo sanguíneo cerebral tão global, prática e segura.

O DTC em pacientes com traumatismo craniano, além de definir as diferentes fases vasculares do trauma (oliguêmica, hiperêmica e vasoespasmo) mostra reduções unilaterais de fluxo que podem refletir a existência de lesões expansivas como hematomas epidurais, subdurais ou intraparenquimatosos.

Não é incomum a associação, em um mesmo momento, de achados sugestivos de vasoespasmo de um lado e hiperemia cerebral contralateral.

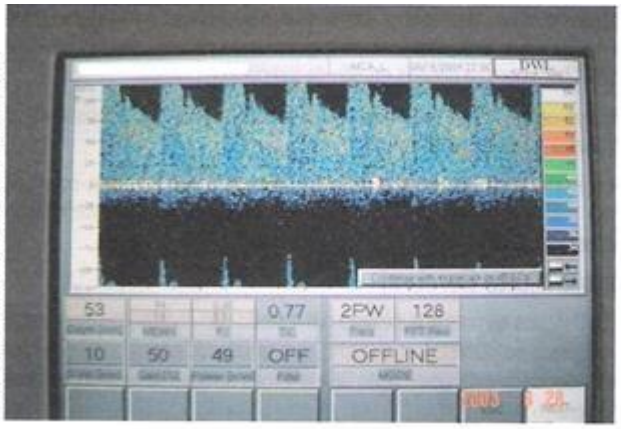


Figura 6. 28./BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

DTC de paciente masculino, 18 anos, vítima de traumatismo craniano grave, no quarto dia de internamento – denotando fase hiperêmica do TCE grave, ressalta-se elevação severa da velocidade média de fluxo e redução relevante do índice de Gosling.

A associação dos diferentes métodos de monitarização da PIC, PAM e os demais parâmetros metabólicos e gasométricos, talvez sejam os maiores avanços no que se refere ao tratamento de pacientes com traumatismo craniano.

Doppler Transcraniano e Hemorragia Subaracnóidea

Angiograficamente o vasoespasmo, relacionado à ruptura de aneurismas intracerebrais, é detectado entre 21 e 70% dos pacientes com hemorragia subaracnóidea (TORNER, et al 1990).

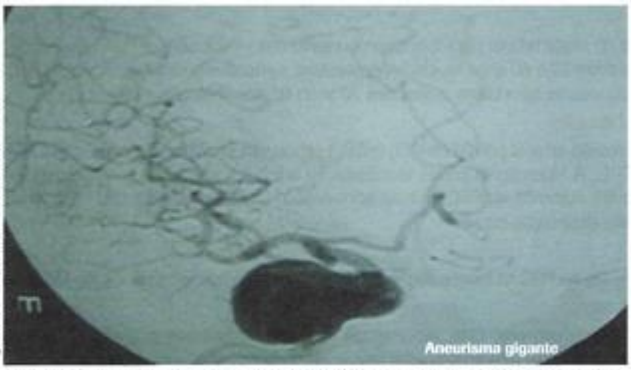


Figura 7.28./BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

Angiografia Cerebral – cateterismo seletivo de artéria carótida interna direita, demonstrando aneurisma gigante deste vaso em seu segmento supra-clinóideo.

A clínica de vasoespasmo pode ocorrer a partir do 2° dia de sangramento, até o 17° dia, tendo seu pico entre o 5º e 12º dia. Um dos maiores problemas em Medicina Intensiva consiste na identificação precoce do vasoespasmo clínico, uma vez que este só ocorre em 24% dos casos. (KASSELL, et al 1990).

O uso protocolar do DTC auxilia o médico a reduzir progressivamente a mortalidade (7,2%) e a morbidade (6,3%) correlacionada a isquemia encefálica, secundária ao vasoespasmo cerebral.

Em serviços de neurointensivismo o DTC em pacientes vítimas de hemorragia subaracnóidea, secundária à ruptura de aneurisma cerebral, deve ser realizado diariamente na tentativa de identificar, bem como tratar o mais precocemente o vasoespasmo cerebral.

Doppler Transcraniano e Doença Cerebrovascular ("stroke")

No atendimento de pacientes com suspeita clínica de acidente vascular cerebral isquêmico a resposta relevante e urgente que deve ser dada: evento isquêmico embólico ou trombótico. Todo o protocolo terapêutico parte desta premissa.

Por ser exame rápido, não invasivo, altamente preditivo quanto a embolia ou trombose da vasculatura cerebral, identificando muitas vezes diretamente sinais sugestivos de embolia, aferindo o número de êmbolos por minuto para SNC, bem como a eficácia ou não da terapia trombolítica.

A localização não invasiva de leitos pré-estenóticos, estenóticos e pósestenóticos pode sugerir doença ateromatosa intracraniana ou extracraniana.

Ainda em situações intraoperatórias de endarterectomia de carótidas, bem como colocação por angiografia de stent pode ter o DTC como mais um exame auxiliar na detecção de embolia para SNC, bem como sua repercussão hemodinâmica.

Doppler Transcraniano e Morte Cerebral

Antes do advento do DTC alguns autores já buscavam um método não invasivo de diagnóstico para morte cerebral e dentre eles destaca-se YONEDA et al (1974), que estudando por ultrassonografia a artéria carótida comum, haviam evidenciado a movimentação de ida e volta do fluxo sanguíneo, característica de parada de fluxo dentro do crânio.

WILLIAMS et al (1993), revisando a literatura e correlacionando com a sua própria experiência, identificaram cinco padrões de alterações no DTC, observadas em situações de hipertensão intracraniana, que levariam à morte cerebral:

1. velocidade de Fluxo Diastólica (Vd) baixa;
2. picos sistólicos;
3. fluxo oscilatório;
4. espículas sistólicas curtas; 5. ausência de sinal no DTC.

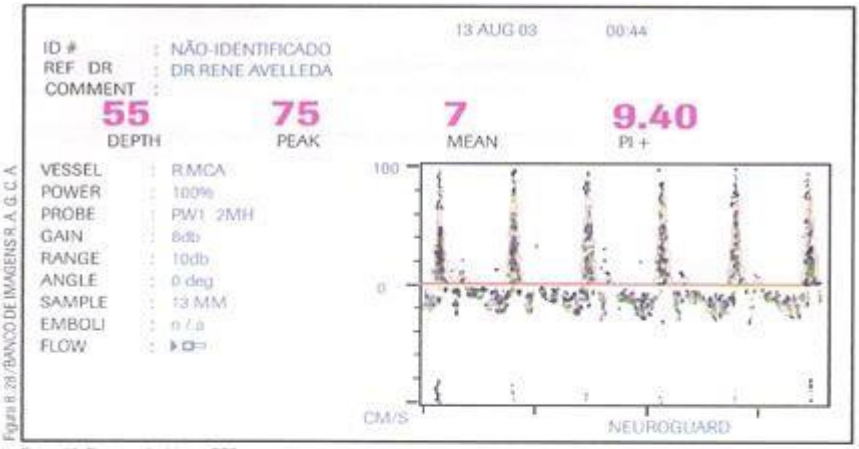


Figura 8. 28 /BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

Figura 03. Fluxo esclatório no DTC

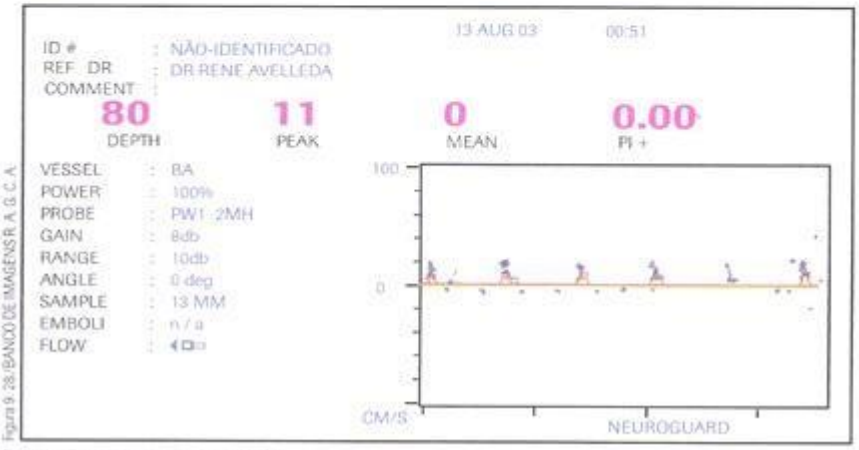


Figura 9. 28 /BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

Figura 04. Espículas sistólicas curtas no DTC.

No Brasil, para o diagnóstico de morte cerebral, segundo a resolução N° 1.480 de 08 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, apenas, comprova-se tal diagnóstico com a utilização do DTC se associado a duas provas clínicas protocolares. Ressaltamos que o DTC deve ser realizado, apenas, em situações em que não haja nenhuma causa reversível de coma para diagnóstico de morte cerebral.

Escore de Sedação em UTI

Escore	Resposta clínica
0	Paciente paralisado, incapaz de avaliar.
1	Paciente desperto.
2	Paciente levemente sedado, mas orientado.
3	Paciente profundamente sedado, mas atende a comandos.
4	Paciente profundamente sedado, incapaz de atender comandos, mas responde a estímulos não-dolorosos.
5	Paciente profundamente sedado, responde apenas a estímulos dolorosos.
6	Paciente profundamente sedado, não responde a estímulos dolorosos.

Tabela 7. 28./ROCCO, 2000

Escala com classificação semelhante a esta é a Sistema de Escore para Sedação em UTI -Escala de Ramsay

PROCEDIMENTO: Unidades Especiais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

Unidades

Comentário Geral

Unidades Especiais de Internamento são unidades em que determinadas patologias, doenças ou procedimentos, são agrupadas para cuidados e tratamentos. Assim diabetes, queimados, obstetrícia de alto risco, recuperação anestésica, ou então Unidades de Tratamento Intensivo como UTI's Gerais ou Especializadas (traumas, pós-operatórios de grandes cirurgias, infarto agudo do miocárdio, neurológicas, etc. Geralmente separadas em Unidades de Adultos, Pediátricas e Neonatais.

Com pessoal especializado, envolvendo médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, higiene, secretaria, serviços de apoio, etc. Na maioria delas com equipamentos de controles, de exames, ou superespecializadas (transplantes), compatíveis com a necessidade do tipo de patologia do paciente internado.

Estas unidades têm como características, além do tipo de pacientes, os equipamentos especializados como Ventiladores mecânicos invasivos e não invasivos, equipamentos de medida de pressões em vasos pulmonares, balões intraórticos, fototerapia, etc. Geralmente utilizam-se de escores e escalas de pontuações para todos os pacientes ou para grupos de pacientes, como índices prognósticos (APACHE, etc.) demanda de mão-de-obra com funcionários especializados (TISS, etc.). Vide também Unidade de Transplantes apresentada no capítulo anterior (33).

Recebendo o Plantão

Uma vez recebido o plantão conforme descrito no Capitulo 4 em "recebendo o plantão em unidades comuns de internamento" (resumo da situação do paciente), deve-se estabelecer um roteiro de ações que pode ser chamado de

Ações de 15 minutos"; no entanto, outras perguntas devem ter respostas claras e precisas.

Por que o paciente precisou daquela unidade especial? Paciente está usando drogas vasoativas (para subir ou baixar a pressão)? Foi operado? Tem cateteres, drenos?; Lúcido e orientado? Anestesiado ou sedado (ventilação mecânica)?, Curativo aberto?.

Anotar as informações e estabelecer prioridades de trabalho.

15 Minutos de Ação em 3 etapas:

1ª etapa

(1 a 5 minutos) - retirar os adornos, lavar as mãos.

Descobrir o doente, retirar suas cobertas e verificar os acessos (pérvios?), conexões dos drenos, sonda vesical e sonda no aparelho digestivo (drenando bem, infundindo bem?), cânulas, monitor cardíaco. oxímetro, capnógrafo: outros equipamentos em uso.

2ª etapa

(6 a 10 minutos) - verificar e comparar os sinais vitais, conferir os gotejamentos (bombas infusoras, buretas, dietas), olhar as composições dos frascos de soros/drogas para se inteirar dos planos das infusões.

3ª etapa

(11 a 15 minutos) - cuidar do box/leito do paciente verificando desde arrumação da cama, fonte de oxigênio (rede ou torpedo de oxigênio), com pelo menos dois bicos de vazão (debímetro, fluxômetro ou mamadeira) para ventilar o doente (manual), borracha de aspirador, sondas de aspiração traqueal, circuitos de respiradores, cânulas endotraqueais (traqueo ou comum) para eventuais trocas ou intubação, laringoscópios. AMBU's limpos, secos, com máscaras próprias para os tamanhos dos pacientes. Vácuo (ou aspirador portátil), ar comprimido.

Realizar uma checagem geral.

Começando a Trabalhar

Em função dos 15 minutos gastos se tem agora condições de começar a trabalhar. Tentar estabelecer contato com o doente (se não estiver lúcido, orientado) para saber a profundidade do coma ou da sedação. Não beliscar! Isto é coisa da neurologia! Planejar trocas de curativos, cadarços, mudança de decúbito, realização de procedimentos, exames, etc. Anotar. As anotações na folha de cuidados gerais são obrigatórias, mas os lembretes para você mesmo(a) são importantes. As anotações em separado não é demérito. Pelo contrário, mostra eficiência. A cuidadosa anotação na folha de Cuidados Gerais de Enfermagem mostra profissionalismo.

Monitorização Respiratória e Hemodinâmica em Pacientes Críticos Monitorização Não Invasiva

- Oximetria de Pulso
- Capnografia
- Ritmo eletrocardiográfico

Monitorização Invasiva

- Monitorização Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica
- Pressão Venosa Central
- Cateterização da artéria pulmonar - Swan-Ganz

Introdução

Quando as primeiras UTI's apareceram, há 40 anos, os sinais vitais eram monitorizados intermitentemente pela enfermagem, e monitorização precisa e contínua não era disponível, ou necessitava de procedimentos invasivos. A explosão do uso dos computadores e outras tecnologias em medicina, ao longo das últimas décadas mudou, significativamente, os cuidados dedicados aos pacientes críticos. Com a popularização destes métodos de monitorização, hoje, além de unidades de terapia intensiva, estes equipamentos são disponíveis nos mais diversos ambientes como centros cirúrgicos, unidades de atendimento de emergência, ambulâncias, etc.

Com a crescente complexidade dos cuidados médicos, a condução de um doente grave, inclui, envolvendo também questões ético/legais, o uso de monitorização ampla destes parâmetros. O intento desta monitorização é informar e alertar, de maneira imediata,

sobre as mudanças que ocorrem na situação clínica do paciente e permitir em tempo real, a verificação do resultado das medidas terapêuticas instituídas.

A tecnologia disponível permite monitorização de múltiplos parâmetros como temperatura, frequência e amplitude respiratória, pressão arterial, oximetria de pulso e capnografia, ritmo eletrocardiográfico, pH intragástrico e diversas formas de monitorização hemodinâmica, entre outros. A seguir as formas mais rotineiras de monitorização.

Monitorização Não Invasiva

O equilíbrio da troca respiratória (homeostase respiratória) envolve mecanismos fisiológicos complexos que atuam no balanço do oxigênio e nas trocas do gás carbônico, nos pulmões e nas células.

Pacientes críticos requerem intervenções terapêuticas para a manutenção de homeostase, portanto a monitorização contínua de parâmetros como a oximetria e capnografia em muito auxiliam na condução de doentes com este perfil de gravidade.

Oximetria de Pulso

O oxímetro de pulso utiliza um sensor (LED - light emission diode) que transmite a intensidade da luz (absorbância de onda vermelha e infravermelha) através do leito tissular sendo este sinal registrado por princípios pletismográficos. O sensor pode ser locado no dedo indicador (mais comum), mas também no lobo da orelha ou ainda na asa do nariz, dependendo do tipo de sensor ou de paciente (adulto ou pediátrico). A saturação de oxigênio periférica (Sp02) será a função logarítmica da intensidade da luz transmitida através da hemoglobina. Os sinais luminosos são recebidos por um fotodetector programado pare receber estas informações. Lembrar que no trajeto da luz existem outras estruturas como unhas, pele e tecido gorduroso, ossos, sangue venoso e outras estruturas que também são capazes de absorver a luz, afetando a leitura.

Leitura incorreta de resultado

Alguns fatores podem resultar em leitura incorreta. A saturação poderá estar "falsamente" reduzida em situações que não se detecta pulso periférico adequado como em situações de baixo débito cardíaco (hipotensão arterial), em anemias graves, hipotermia, etc.

A presença de carboxihemoglobina em níveis elevados (em condições normais é inferior a 2%) como nos pacientes tabagistas inveterados ou nas inalações maciças de fumaça poderá superestimar a medida da SpO2. Fatores como a pigmentação da pele, a presença de luminosidade externa intensa, a presença de esmalte nas unhas, níveis elevados de bilirrubinas poderão interferir nas medidas e prejudicar a leitura. A oximetria de pulso e indicada para pacientes selecionados, onde há risco de hipoxemia, ou há alteração evidente que necessita de monitorização dos níveis da saturação de oxigênio, procurando principalmente a melhoria dos níveis de PaO2, quer seja com o uso de suplementação de oxigênio ou de algum meio de ventilação mecânica.

É um método de fácil leitura, custo relativamente baixo, reprodutível, oferece informações contínuas e permite rápidas atitudes terapêuticas que podem prevenir danos irreversíveis ao paciente.

A confiabilidade da oximetria de pulso depende principalmente do fluxo arterial pulsátil adequado. Mensurações de SaO2, abaixo de 90%, apresentam perda de 2 a 3%, quando comparados à análise gasométrica da saturação arterial.

São considerados normais valores oximétricos acima de 90%, em pacientes respirando em ar ambiente (fração inspirada de O2 a 21%).

È fundamental salientar que a utilidade da oximetria em pacientes críticos limita-se a refletir as variações clinicamente relevantes da SaO2 ao longo do período de monitorização de um determinado paciente e sua doença. A avaliação da ventilação deve obrigatoriamente incluir a análise rotineira e sequencial da gasometria arterial.

Indicações do uso da oximetria de pulso

- Monitorização de rotina em procedimentos (cirúrgicos, anestésicos ou diagnósticos).
- Monitorização ventilatória.
- Desmame do uso de suplementação de oxigênio ou ventilação mecânica.
- Transporte de pacientes graves.
- Insuficiência respiratória crônica.
- Limitações do uso da oximetria de pulso
- Envenenamento por monóxido de carbono (CO).
- Metahemoglobinemia.
- Anemia severa. Sensor de oximetria acoplado nomonitor cardíaco.e traçado pletismográfico. O xímetro
- Hipotermia.
- Ausência ou diminuição importante do pulso.
- Diminuição importante na perfusão periférica.
- Hiperlipidemias.
- Uso de esmaltes nas unhas.

Capnografia

A capnografia envolve a medida e o registro da concentração expirada de dióxido de carbono (CO2). A concentração do CO2 expirado (ETC2) pode ser medida por espectrometria de massa, ou mais comumente por sensores de absorbância. A técnica de monitorização mais comum consiste no uso de um dispositivo fotodetector, conectado ao

monitor (capnógrafo), colocado entre o tubo endotraqueal e o circuito do ventilador, ocorrendo a leitura na fase expiratória. A diferença entre os valores de CO2 mensurados pelo capnografia e pelos achados da gasometria arterial (PaCO2) é de aproximadamente 1,5 a 2 mm Hg.

As indicações do uso da capnografia, em pacientes em ventilação mecânica, incluem as situações de grave comprometimento das trocas gasosas, onde a hipoxemia e a hipercapnia e suas consequências, representam um desafio a equipe médica, no que diz respeito ao resultado do regime de ventilação, e nos ajustes necessários ao equipamento de ventilação mecânica. Neste grupo de pacientes estão principalmente os que se encontram em Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA).

Indicações gerais da capnografia

- Uso geralmente limitado a UTI's e centros cirúrgicos.
- Monitorização ventilatória em pacientes corn grave comprometimento das trocas gasosas como SARA - Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto, DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crânica e edema pulmonar.
- Durante a intubação endotraqueal detecta corn facilidade a colocação inadequada do tubo (esôfago).
- Detecção por alarme de extubação não-intencional.

Observações

Da mesma maneira que a oximetria de pulso, a capnografia não substitui a análise gasométrica da PaCO2, no sangue arterial, mas sua monitorização ajuda detectar variações imediatas no comportamento basal da PCO2.

Monitorização Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica

PA = DC (débito cardíaco) x R (resistência periférica)

Indicações

- Monitorização contínua da pressão arterial.
- Prevenção de lesões provocadas por punção arterial frequente.
- Coleta direta de amostras sanguíneas arteriais.
- Acesso para remoção rápida do volume sanguíneo em situações de sobrecarga volêmica.

Nos pacientes em choque com elevada resistência vascular periférica, pode-se registrar divergências significativas na mensuração da pressão arterial sistêmica, quando comparados com os métodos convencionais

(palpatório/auscultatório) com a técnica de mensuração direta por cateter intraarterial. Estas discrepâncias podem atingir valores tão relevantes quanto 60100 mmHg, o que sem dúvida implicaria em erros terapêuticos grosseiros e inaceitáveis. Também em pacientes que requeiram doses fracionadas e ajustáveis de drogas vasoativas potentes (dopamina,

nitroprussiato de sódio, etc.), é de fundamental importância uma mensuração frequente, acurada e, se possível, contínua da PA.

Obtenção da linha arterial

Uma linha arterial permanente pode ser obtida por punção ou por dissecção arterial. Prefere-se a obtenção pelo método da punção percutânea com dispositivo teflonado (Intracath) nº. 18 ou 20, após antissepsia com PVP-I e infiltração anestésica local (sem vasoconstritor).

Os locais de escolha para a inserção incluem a artéria radial, femural ou pediosa. Raramente utiliza-se a artéria braquial pelo potencial risco de complicações tromboembólicas em antebraço e mão. A artéria radial deve ser usada preferencialmente, sempre que possível do lado corporal não dominante, e após a realização do teste de Allen.

O teste de Allen consiste na oclusão das artérias ulnar e radial por pressão no punho, após esvaziamento compressivo da mão. Quando a mão se tornar pálida e fria, a liberação da compressão ulnar deve promover o enchimento sanguíneo capilar da mão em aproximadamente 5 segundos, significando que a eventual perda da artéria radial (por trombose, vasoespasmo) não acarretará lesão isquêmica da mão.

Conexão ao manômetro de mercúrio ou transdutor de pressão

O sistema de conexão ao manômetro de mercúrio (que registrará a PA média) ou ao transdutor eletrônico é feito por interposição de cateter de polietileno rígido estéril, não menor que 30 cm e nem maior que 1,20 m de comprimento. Atualmente, os manômetros de mercúrio e aneróide estão em franca queda de utilização, justificando-se sua utilização somente em casos de emergências onde não ha o equipamento necessário.

O sistema deve ser preenchido com solução salina fisiológica estéril (S.F. 0,9%) contendo heparina (vide heparinização de soro no Capítulo 20, página 232). As bolhas de ar presentes devem ser sistematicamente eliminadas do sistema interior. Deve-se restringir a cateterização ao tempo mínimo necessário para o controle hemodinâmico do paciente, pois a incidência de complicações trombóticas e infecciosas é diretamente proporcional ao tempo de permanência do cateter.

As principais complicações da cateterização arterial periférica são infecções e isquemia, que aparecem tão mais frequentes quanta menos são obedecidos os preceitos técnicos adequados para a obtenção da PA contínua e quanto mais tempo a cânula permanecer posicionada.

Complicações

- Vasoespasmo.
- Trombose.
- Embolização distal e proximal.
- Neuropatia compressiva.
- Formações aneurismáticas.
- Fistulas artério/venosas.

- Infecção local e sistêmica.
- Injeção inadvertida de drogas.
- Necrose e gangrena de dígitos.

Observação

A remoção do cateter deve ser feita imediatamente sempre que se observar: isquemia distal, sinais de infecção local, pouca ou nenhuma oscilação (manômetro).

Notas

Curativo no ponto de inserção do cateter - capítulo 16, página 200.

Cuidados de enfermagem - capítulo 20, página 229.

Manejo e medida de PAM - capítulo 20, página 230.

Monitorização da Pressão Venosa Central (PVC)

A monitorização da PVC reflete a função das câmaras cardíacas direitas e suas pressões de enchimento, bem como sua habilidade em receber e bombear o sangue, e ainda indiretamente a situação do leito capilar pulmonar e suas correlações com a função ventricular esquerda e a situação de sua pré e póscarga.

Hoje, com o advento da monitorização mais precisa pelo cateter de SwanGanz, e de documentadas discrepâncias entre a correlação da PVC e das pressões no átrio esquerdo em determinada situações clínicas, a monitorização PVC perdeu em muito seu valor prático, porém pelo contraste com o alto custo da monitorização por cateter de artéria pulmonar, ainda tem seu uso muito difundido.

Utiliza o método de coluna d'água ou através de transdutores (gauges) eletrônicos, conectados a monitores multiparamétricos, conectados por um sistema simples, acoplado a um acesso venoso central, possibilita mensurações periódicas e de baixo risco para o paciente.

O cateter central deve estar posicionado intratorácico em veia cava superior ou inferior, devendo evitar-se o posicionamento em átrio direito através de checagem radiológica. O cateter e o equipo de PVC não devem passar de 1,20 m de comprimento.

0 sistema deve ser preenchido com solução salina 0,9% (S.F.), com heparina, devendo paciente ser colocado em posição de decúbito dorsal horizontal e o "zero" na coluna de água posicionado ao nível da linha axilar média.

A mensuração da PVC deve ser feita com manômetro graduado em cm de água, ou através de transdutores calibrados em escala de 0 a 40 mmHg. Obedecida a técnica mencionada e o ponto zero de referência na linha axilar média, obtém-se valores normais de PVC entre 6 e 10 cm de H2O (coluna de água) e 3 a 6 mmHg (transdutor).

A PVC deve ser medida em pacientes sem doenças cardíacas prévias.

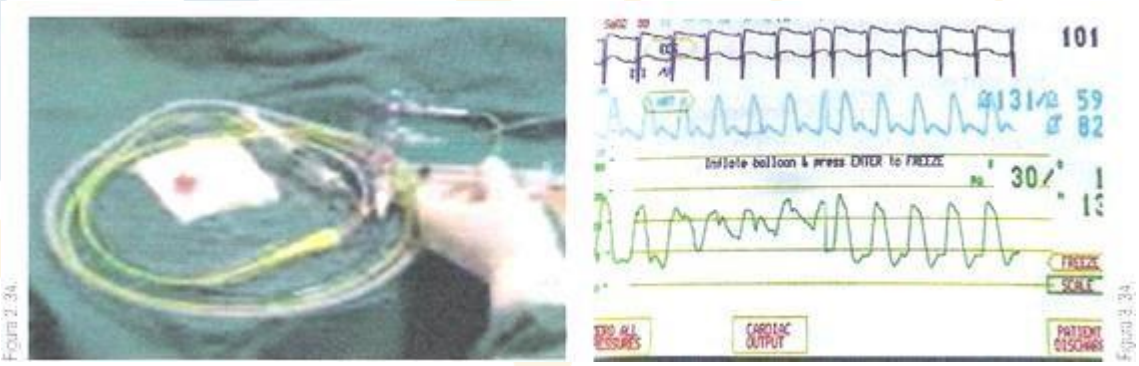
As medições são afetadas de maneira importante pelas características da ventilação mecânica e do valor da PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final).

De maneira relativa, a PVC. Quando apresentar valores inferiores a 4 cm H2O, é descrita como baixa e pode indicar necessidade de reposição de fluidos. Quando os valores estiverem acima de 10 cm H2O, a PVC é referida como alta e a suspeita de insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar de outra natureza, DPOC ou cor pulmonale, sempre associados à correlação clínica, devem ser inicialmente considerados.

Cateterização da Artéria Pulmonar - Cateter de Swan-Ganz Introdução

A cateterização da artéria pulmonar ou de Swan-Ganz utiliza um sensor de termodiluição introduzido por acesso central (fluxo dirigido) que, atualmente, é de fundamental importância diagnóstico, na monitorização e análise terapêutica do paciente criticamente enfermo. Seu uso está indicado em pacientes com instabilidade oxi-hemodinâmica como naqueles em choque cardiogênico, séptico, na Síndrome de Angústia Respiratória Aguda, em pré, per e pósoperatório de cirurgias cardíacas ou em cirurgias realizadas em portadores de cardiopatias de alto risco.

Em nosso meio, o alto custo do cateter ainda impede sua utilização em maior escala, porém o domínio de sua técnica de implantação deve ser estimulado e a sua relevância clínica deve ser destacada.



"Cateter de Swan-Ganz" e curvas geradas durante a introdução do cateter na artéria pulmonar.

O cateter

A monitorização hemodinâmica à beira do leito, pode ser realizada pela cateterização das câmaras cardíacas direitas através de um cateter desenvolvido na década de 70 por Swan e colaboradores.

O cateter de 3 vias é provido de sensor (termistor), a 5 cm da sua porção terminal, e também de um balão inflável de látex (com capacidade de aproximadamente 1,5 ml) que faz com que o mesmo direcione-se pelo fluxo (corrente sanguínea), através do átrio e ventrículo direitos, artéria pulmonar e capilar pulmonar.

A superfície externa do cateter possui uma "régua", que auxilia na adequada colocação do cateter, e suas respectivas distâncias, valido para pacientes adultos:

- Átrio direito - 10 a 15 cm
- Ventrículo direito - 20 a 30 cm

- Artéria pulmonar - 45 a 50 cm
- Capilar pulmonar - 50 a 55 cm

Em cada um destes locais, as ondas registradas pelo sensor terão características próprias e que ao monitor deve ser reconhecidas, o que é fundamental para a adequada localização do cateter, onde finalmente, durante o procedimento de medição, o mesmo será inflado e registrará a pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO). (ver a figura das ondas de pressão acima). O termistor, por método de termodiluição informa a situação do débito cardíaco (DC).

Com o cateter posicionado, obtém-se também os seguintes parâmetros hemodinâmicos medidos diretamente: pressão venosa central (PVC), pressões sistêmica e diastólica do ventrículo direito (obtidas durante o seu posicionamento), pressões sistólica e diastólica da artéria pulmonar.

Já com o balonete insuflado em ramo da artéria pulmonar, obtém-se o que se chama de pressão capilar pulmonar (PCP) ou, mais apropriadamente, pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO).

A PAPO, em várias situações clínicas comuns informa de maneira indireta outros parâmetros fisiológicos, como a pressão hidrostática capilar pulmonar e a pré-carga do ventrículo esquerdo (VE). Desta forma, uma vez medidas as pressões intracavitárias e intravasculares, tendo-se em mãos valores do DC e da FC, pode-se calcular, por meio de fórmulas aplicativas, os valores da Resistência Vascular Pulmonar (RPV), o Volume Sistólico Ventricular (VS) e a Resistência Vascular Periférica (RVP). Assim, apenas com a cateterização à beira do leito, de maneira rápida e segura, do lado direito da circulação sanguínea, obtém-se o perfil hemodinâmico do paciente em estado crítico, o que por sua vez, permite intervenções terapêuticas mais precoces e precisas.

O cateter de Swan-Ganz, em uso, deve ser trocado em no máximo a cada 5 dias, em razão da prevenção de complicações infecciosas, porém a retirada deve ser feita imediatamente, a qualquer tempo, na evidência ou suspeita de contaminação do cateter, conforme as rotinas do serviço de controle de infecção hospitalar.

Indicações clínicas

- Choque ou hipotensão (ou em situações clínicas em que a possibilidade de ocorrência de hipotensão é bastante alta, como em cirurgias de grande porte com apreciável perda volêmica). Os dados hemodinâmicos são úteis tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica, permitindo a detecção de hipovolemia (pressões de enchimento diminuídas) vasodilatação periférica (resistência vascular diminuída) e insuficiência cardíaca (débito cardíaco diminuído com pressões de enchimento e resistência vascular elevada).
- Edema pulmonar cardiogênico ou não-cardiogênico.
- Outras indicações gerais tais como: doente em estado crítico para os quais se torna desejável um controle rigoroso da ação de drogas vasoativas ou administração de líquidos, como em situação de sepsis, crise hipertensiva, grandes queimaduras, intoxicações exógenos, infarto do miocárdio, insuficiência respiratória aguda, entre outras.

Complicações da cateterização relacionadas às técnicas de acesso venoso central

- As mesmas de acesso venoso central.

Complicações relacionadas ao posicionamento do cateter

- Arritmias cardíacas (extrassístoles atriais e ventriculares, taquicardias atriais e ventriculares, flutter/fibrilação atrial e ventricular).
- Bloqueio de ramo direito.
- Infarto pulmonar.
- Ruptura de ramos da artéria pulmonar; infecções e sepse relacionadas ao cateter.
- Ruptura do balonete.
- Nó no cateter.
- Lesão endocárdica, incluindo lesões valvulares, de cordas tendíneas, músculos papilares.

Trombose venosa profunda.

Cuidados de Enfermagem - vide cuidados com cateteres venosos e arteriais.

Assistência a Pacientes após Estudo Hemodinâmico

Objetivo

- Prevenir complicações e assisti-las imediatamente quando se apresentarem.
- Estudo do coração e grandes vasos (aorta e arteria pulmonar).
- Estudo de suas artérias coronárias corn procedimentos - dilatações (angioplastias) e/ou colacacao de stents (próteses).
- Estudos angiográficos de outros vasos do corpo.
- Estudos angiográficos de vasos da cabeça.

Cuidados de Enfermagem

- Verificar a presença de sangramento no curativo; em caso afirmativo, se o sangue é vivo, comprimir o local e comunicar o serviço de Hemodinâmica com urgência.
- Passar o paciente da maca para a cama sem fletir o membro cateterizado.
- Orientar a paciente a não fletir o membro cateterizado durante duas horas após o exame se não tiver bainha mantida; com bainha presente o membro na artéria não deve ser mobilizado.
- Pesquisar e comunicar imediatamente ausência de pulso periférico, dor e formigamento, extremidade frias e cianose no membro cateterizado bem como cefaléia, náuseas e vômitos.
- Envolver o membro cateterizado corn algodão e atadura na presença de extremidades frias ou, ao constatar a ausência de pulsos periféricos.
- Medir e anotar na folha de Cuidados Gerais os dados vitais e administrar a medicação prescrita.

Dieta livre após 2 horas do exame. Em casos de anestesia geral ou complicações pós-exame, observar orientação médica na prescrição.

Notas

A retirada da bainha (cateter) deve ser feita cerca de 4 a 12 horas após procedimento. Quem retira é a equipe do serviço de Hemodinâmica, pois deve haver compressão local (com curativos compressivos) por cerca da 40 a 60 minutos.Após a retirada da bainha, e compressão inicial do ponto de inserção, novo curativo é realizado, com bolas de gaze e faixas de esparadrapo (este deverá ser retirado pela enfermagem 12 horas após sua colocação).

Cardioversão

Objetivo

Reversão de arritmias severas. Pode ser Eletiva (Fibrilação Atrial Crônica) ou de Emergência (Fibrilação Atrial Aguda). **Material**

Bandeja para reanimação cardiorrespiratória.

Ação

Enfermagem → Posicionar paciente em decúbito dorsal → Providenciar acesso venoso → Monitorizar o paciente → Preparar o cardioversor → Fornecer oxigênio através de máscara de AM BU → Colocar pasta eletrolítica nas pás do cardioversor → Afastar-se do leito no memento do choque → Manter oxigenação após o procedimento → Anotar hora e nome de quem realizou.

Nota

- A cardioversão eletiva pode ser realizada sem choque elétrico em algumas situações e é chamada de cardioversão química.
- A cardioversão elétrica é sincronizada corn o batimento cardíaco através do próprio equipamento.

Após cardioversão elétrica sempre manter-se atento a possíveis intercorrências (novas arritmias).

- Manter oxigenação através de cateteres por períodos determinado pelo médico.
- O procedimento muitas vezes é realizado (eletivo ou não) em pacientes já intubados e sob ventilação mecânica.

Índices Prognósticos

Escore APACHE

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Cardiovascular									
Freqüência cardíaca (bpm)	≥ 180	141-179	111-140		70-110		56-69	41-55	≤ 40
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	131-159	111-130		70-110		51-69		≤ 50
Pressão venosa central (mmHg)									
CPK_MB ou evidência ECG de IAM	Sim								
Arritmias ao ECG		Arritmias atriais com instabilidade hemodinâmica	Arritmias atriais somente					>6 ESV/min	Taquicardia ventricular ou fibrilação
Lactato sérico (mEq/L)	> 8	3,5-8			0-3,4				
pH (sangue)	≥ 7,7	7,6-7,69		7,51-7,59	7,33-7,5		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Respiratória									
Freqüência respiratória (irpm) (em não-ventilados)	≥ 50	35-49	26-34		12-25	10-11	7-9		≤ 6
Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
$D(A\text{-}a)^{1}O_2$ (100) (mmHg) ou $PaCO_2$ (mmHg)	> 500 ≥ 70	351-499 61-69	50-60	200-350	< 200 30-49		25-29	20-24	< 20
Renal									
Diurese diária (ml)			≥ 5000	3.501-4.999	700-3.500		480-699 (20-29 ml/h)	120-479 (15-20 ml/h)	< 120 (5 ml/h)
BUN sérico (mg/dl)	> 150	101-150	81-100	21-80	10-20		< 10		
Creatina sérica (mg/dl)	> 7	3,6-7	2,1-3,5	1,6-2	0,6-1,5	< 0,6			
Gastrintestinal									
Amilase sérica (UI)	≥ 2.000	500-1.999			≥ 500				
Albumina sérica (g/dl)	> 8				3,5-8	2,5-3,4	< 2,5		
Bilirrubina total (mg/dl)		≥ 15		5,1-14,9	0-5				
Fosfatase alcalina (UI)				> 160	0-160				
TGO (UI)			≥ 1.500	101-1.499	0-100				
Anergia (testes cutâneos)*	Total		Relativa		Nenhuma				
Hematológico									
Hematócrito (%)	> 60		51-60	47-50	30-46		20-29		< 20
Nº de leucócitos (mm^3)	> 40.000		20.001-40.000	15.001-20.000	3.000-15.000		1.000-2.999		< 1.000
Plaquetas (mm^3)			>1.000.000	600.001-1.000.000	80.000-600.000		20.000-79.999		< 20.000

Jacobs I. 34. RDCOD, 2000

Tabela 2. 34 /ROCCO, 2000

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
TAP (seg. controle), sem anticoagulantes	> 12	5,1 - 12	3,1 - 5		0-3				
Séptico									
Cultura de líquor positiva Hemocultura positiva Cultura positiva p/ fungos	Sim Sim Sangue ou líquor	2 sítios ≠ do sangue ou líquor		1 sítio ≠ do sangue ou líquor	Não Não Não				
Temperatura (°C)	> 41,0°	39,1-41,0°		38,6 - 39,0°	36,0-38,5°	34,0-35,9°	32,0-33,9°	30,0-31,9°	≤ 29,9°
Metabólico									
Cálcio sérico (mg/dl)	≥ 16		14-15,9	11,1-13,9	8-11,0		5,0-7,9		< 5
Glicose sérica (mg/dl)	> 800	500-800	156-160	251-499	70-250		50-69	30-49	< 30
Sódio sérico (mEq/l)	> 180	161-180		151-155	130-150		120-129	110-119	< 100
Bicarbonato sérico (mEq/l)	> 7	6,1-7		5,8-6	3,5-5,5	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Osmolaridade sérica (mOsm/l)	> 350	> 40 321-350		31-40 301-320	20-30 260-300	10-19	240-259	5-9 220-239	< 5 < 220
Neurológico									
Escala de Glasgow	3	4-6	7-9	10-12	13-15				

* Anergia total - sem resposta a todos os testes cutâneos provocativos, incluindo caxumba e fungos.

* Resposta relativa – Indica compromisso da imunidade celular

Tabela 3 - 34 / PEPCCU - 2006

Escore APACHE II – A) Escore Fisiológico Agudo

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura retal (°C)	≥ 41°	39-40,9°		38,5-38,9°	34-35,4°	34-35,9°	32-33,9°	30-31,9°	≤ 29,9°
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129		70-109		50-69	50-69	≤ 49
Freqüência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139		10-109		55-69	55-69	≤ 39
Freqüência respiratória (rpm) (ventilados ou não-ventilados)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	6-9	≤ 5
Oxigenação D(A-a)O_2 ou PaO_2									
a) $FiO_2 \geq 0,5$ - D(A-a) O_2	≥ 500	350-499	200-349		< 200				
b) $FiO_2 < 0,5$ - PaO_2					> 70	61-70		55-60	< 55
pH arterial	≥ 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/l)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110
Potássio sérico (mEq/l)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dl) (dobrar os pontos se IRA aguda)	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Número de leucócitos (mm³)	≥ 40,0		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala de Glasgow para o coma									
Escore = 15 - escore atual									
Total de escore fisiológico agudo									
Bicarbonato sérico (mEq/l) (usar se não coletar gasometria)	≥ 52	41-52,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	< 15

Tabela 4 - 34 / PEPCCU - 2006

Escore APACHE II – B) Pontos para Idade

Pontos	0	2	3	5	6
Idade (anos)	5-44	45-54	55-64	65-74	75

Tabela 5 - 34 / PEPCCU - 2006

Escore APACHE II – C) Pontos para Idade e Doença Crônica

Se o paciente tem um história de insulficiência grave de órgãos ou sistema ou é imunocomprometido, assinalar pontos como se segue:

a) Para pacientes não-cirúrgicos ou pós-operatório de emergência = 5 pontos

b) Para pacientes pós-operatório eletivo = 2 pontos

Definições

A insuficiência de órgãos ou o estado de imunodepressão deve ser evidente antes da admissão hospitalar e conforme o seguinte critério:

Fígado.
Cirrose comprovada por biópsia e hipertensão portal documentada; episódios passados de sangramento gastrintestinal atribuídos à hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma.

Cardiovascular.
New York Association classe IV.

Respiratória.
Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos; hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (> 40 mmHg); dependência da prótese ventilatória.

Renal.
Recebendo diálise cronicamente.

Imunocomprometido.
Pacientes que tem recebido terapia que suprime a resistência à infecção – isto é, imunossupressores, quimioterapia, radiação, corticosteróides cronicamente ou recentemente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprimir a resistência à infecção - isto é, leucemia, linfoma, AIDS.

ESCORE APACHE II = A + B + C TOTAL =

Escore APACHE II – A) Coeficientes

Pacientes não-operatório		Pacientes pós-operatório	
Insuficiência respiratória		Trauma múltiplo	-1,684
Asma/alergica	-2,108	Admissão devido à doença cardiovascularcrônica crônica	-1,376
DPOC	-0,367	Cirurgia vascular periférica	-1,315
SDRA	-0,215	Cirurgia cardíaca valvular	-1,261
Parada respiratória	-0,168	Craniotomia por neoplasia	-1,245
Aspiração/envenenamento/tóxico	-0,142	Cirurgia renal por neoplasia	-1,204
Embólia pulmonar	-0,128	Transplante renal	-1,042
Infecção	0	Trauma craniano	-0,955
Neoplasia	0,891	Cirurgia torácica por neoplasia	-0,802
		Craniotomia por hemorragia cerebral	-0,788
Insuciência Cardiovascular		Laminectomia e outras cirugia da coluna espinhal	-0,699
Hipertensão	-1,798	Choque hemorrágico	-0,682
Distúrbios do ritmo	-1,368	Hemorragia gastrointestinal	-0,617
Insuficiência cardíaca congestiva	-0,424	Cirugia gastrointestinal por neoplasia	-0,248
Choque hemorrágico/ hipovolemia	0,493	Insuficiência respiratória pós-cirurgia	-0,140
Doença coronária arterial	-0,191	Perfuração/obstrução gastrointestinal	0,060
Sepse	0,113	Sepse	0,113
Parada cardíaca	0,393	Parada cardíaca	0,393
Choque cardiogênio	-0,259	Parada respiratória	-0,168
Aneurisma dissecante torácico/ abdominal	0,731		
		Outros	
Trauma		Cardiovascular	-0,797
Trauma múltiplo	-1,228	Respiratório	-0,610
Trauma cranianao	-0,517	Gastrointestinal	0,613
		Metabólico/renal	-0,196
Neurológico		Neurológico	-1,150
Desordens convulsivas	-0,584		
Hemorragia cerebral	0,723		
Outras			
Overdose de drogas			
Cetoacidose diabética	-3,353		
Hemorragia gastrointestinal	-1,507		
	0,334		
MODS			
Metabólico/renal	-0,885		
Respiratório	-0,890		
Neurológico	-0,759		
Cardiovascular	0,470		
Gastrointestinal	0,501		

Probalidade de Óbito
ln (R/1 – R) = – 3,517 + (escore APACHE II x 0,146)
+ (0,603, apenas se cirurgia de emergência)
+ (peso da categoria diagnóstica assinalado acima)

Tabela 7.34/ROCCO, 2000

Escore APACHE III para Sinais Vitais e Testes de Laboratório

			6 <39	5 40-49	**Pulso** 0 50-99 bpm	1 100-109	5 110-119	7 120-139	13 140-154	17 ≥155
	23 <39	15 40-59	7 60-69	6 70-79	**Pressão arterial média** 0 50-99 mm Hg			4 100-119	7 120-129	9 130-138	10 ≥140
20 <32,9	16 33-33,4	13 33,5-33,9	8 34-34,9	2 35-35,9	**Temperatura** 0 36-39,9 °C		4 >40				
		17 <5	8 6-11	7 12-13	**Freqüência respiratória** 0 14-24 rpm			6 25-34	9 35-39	11 40-49	18 ≥50
		15 <49	5 50-69	2 70-79	PaO_2O ≥80 mm Hg						
					D $(A-a)O_2O$ <100 mm Hg	7 100-249	9 250-349	11 350-499	14 ≥500	
				3 <40,9	**Hematocrito** 0 41-49%		3 ≥50			
			19 <1,0	5 1,0-2,9	**Nº leucócitos** 0 3,0-19,9/mm³	1 20-24,9	5 ≥25			
				3 <0,4	**Creatinina sem ira** 0 0,5-1,4 mg/dl	4 1,5-1,94	7 ≥1,95			
					Creatinina sem ira 0 0-1,4 mg/dl	10 ≥1,5				
15 <399	8 400-599	7 600-899	5 900-1,499	4 1,500-1,999	**Diurese** 0 2.000-3.999 ml/24h	1 ≥4.000				
					Uréia 0 <16,9 mg/dl		2 17-19	7 20-39	11 40-79	12 ≥80
			3 <119	2 120,134	**Sódio** 0 135-154 mEq/L	4 ≥155				
			11 <1,9	6 2,0-2,4	**Albumina** 0 2,5-4,4 g/dl	4 ≥4,5				
					Bilirrubina 0 <1,9 mg/dl	5 2,0-2,9	6 3,0-4,9	8 5,0-29	16 ≥8,0	
			6 <39	9 40-59	**Glicose** 0 60-199 mg/dl	3 200-3,49	5 ≥350			

Escore APACHE III para Anomalidades Neurológicas

Abertura ocular espontânea ou à estimulação verbal/dolorosa				
Verbal / Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras inapropriadas e sons incompreensíveis	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais	0	3	10	15
Localiza a dor	3	8	13	15
Retirada em flexão ou rigidez de decorticação	3	13	24	24
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta	3	13	29	29
Os olhos não abrem espontaneamente ou à estimulação verbal/dolorosa				
Verbal / Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras inapropriadas e sons incompreensíveis	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais				16
Localiza a dor				16
Retirada em flexão ou rigidez de decorticação			24	33
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta			24	48

Tabela 9. 34 ROCCO 2000

Escore APACHE III Distúrbios Ácido-Básicos

PaCo$_2$ pH (mmHg)	< 25	25 a < 30	30 a < 35	35 a < 40	40 a < 45	45 a < 50	50 a < 55	55 a < 60	≥ 60
< 7,15	12	12	12	12	12	12	4	4	4
7,15 a < 7,20	12	12	12	12	12	12	4	4	4
7,20 a < 7,25	9	9	6	6	3	3	2	2	2
7,25 a < 7,30	9	9	6	6	3	3	2	2	2
7,30 a < 7,35	9	9	0	0	0	1	1	1	1
7,35 a < 7,40	5	5	0	0	0	1	1	1	1
7,40 a < 7,45	5	5	0	0	0	1	1	1	1
7,45 a < 7,50	6	5	0	2	2	12	12	12	2
7,50 a < 7,55	3	3	3	3	12	12	12	12	2
7,55 a < 7,60	3	3	3	3	12	12	12	12	12
7,60 a < 7,65	0	3	3	3	12	12	12	12	12
≥ 7,65	0	3	3	3	12	12	12	12	12

Tabela 9. 34 ROCCO 2000

Escore APACHE III para Idade e Avaliação de Doença Crônica

Idade	Pontos	Doença	Pontos
< 44	0	AIDS	23
44-59	5	Insuficiência hepática	16
60-64	11	Linfoma	13
65-69	13	Câncer metastático	11
70-74	16	Leucemia/mieloma múltiplo	10
75-84	17	Imunossupressão	10
≥ 85	24	Cirrose hepática	4

Tabela 10. 34 ROCCO 2000

TISS - Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System - 1983

4 pontos

a) Parada Cardiorrespiratória e/ou choque precordial nas últimas 48 horas*
b) Ventilação controlada com ou sem PPEP*
c) Ventilação controlada com uso de intermitente ou continuode relaxantes musculares*
d) Tamponamento por balão de varizes esofagianas*
e) Infusão arterial contínua*
f) Cateter da artéria contínua pulmonar (cateter de swan-ganz)*
g) Marca-passo atrial e/ou ventricular*
h) Hemodiálise em pacientes instável*
i) Diálise peritonial
j) Hipotermia induzida *
k) Infusão de sangue sob pressão*
l) Roupa G
m) Monitorização de pressão intracraniana
n) Transfusão de plaquetas
o) Balão de contra-pulsaçãoaórtica
p) Procedimentos cirurgicos de emergência (dentro de 24 horas)*
q) lavagem de estômago para hemorragia gastrointestinal
r) Endoscopia ou broncos fibroscopia de emergência
s) Infusão de drogas vasoativas(>1 droga)

3 pontos

a) Hiperalimentação parenteral EV (para insuficia renal, cardíaca, hepática)
b) Marca-passo em stand-by
c) Tubo torácico
d) Ventilação assistida ou VMI*
e) CPAP-Pressão positiva continua nas vias aéreas
f) Infusão intermitente de K por cateter central
g) Intubação nasotraqueal ou orotraqueal*
h) Sucção intratraqueal às cegas
i) Blanço metabólico complexo (balanço hídrico frequente)*
j) Múltiplos exames (gasometria, coagulograma, bioquímica > 4)
k) Infusão frequentes de produtos do sangue (>5unidades/24hora)
l) Medicação em bolus (de urgência)
m) Infusão de drogas vasopressoras (1 droga)
n) Infusão continua de antiarrítmicos
o) Cardioversão para arritmia (não é desfibrilação).
p) Colchão térmico para hipotermia
q) Punção arterial
r) Digitalização aguda dentro de 24 horas
s) Medidas do débito cardíacos por qualquer método
t) Diurese ativa a sobrecarga hídrica ou edema cerebral
u) Tratamento ativo para alcalose e metabólica
v) Tratamento ativo para acidose metabólica
w) Pericardiocentese, paracentese e ou toracocentese de emergência
x) Anticoagulação ativa (primeira 48 horas)
y) Flebotomia por sobrecarga hídrica
z) Cobertura com mais de dois antibióticos EV
aa) Tratamento para convulções ou encefalopatia metabólica (dentro das primeiras 48 horas)
bb) Tração ortopédica complicada*

2 pontos

a) PVC (pressão venosa central)
b) Dois cateteres em veias periféricas
c) Hemodiálise em pacientes estável
d) Traqueostomia recente (menos de 48 horas)
e) Respiração espontânea via tubo endotraqueal ou traqueostomia (tubo em T ou máscara)
f) Alimentação enteral
g) Reposição por perda excessiva de líquido*
h) Quimioterapia parenteral
i) Sinais neurovitais hórarios
j) Múltiplas mudanças de roupas
k) Infusão de Pitressina EV

Tabela 17.34-PROCED. 2000

1 ponto

a) Monitorização eletrocardiográfica
b) Sinais vitais horários
c) 1 cateter EV periférico
d) Anticoagulação crônica
e) Balanço hídrico *standard* (cada 24 horas)
f) Teste sanguíneos - Bioquímica e hemograma
g) Medicações EV intermitentes de rotina
h) Mudança de roupas de rotina
i) Tração ortopédica *standard*
j) Cuidados com a traqueostomia
k) Ulcera de decúbito
l) Sonda vesical
m) Suplemento de oxigênio (nasal ou máscara)
n) Antibióticos EV (dois ou menos)
o) Fisioterapia torácica
p) Irrigações externas, coxins ou debridamento de feridas, fistulas ou colostomia
q) Descompressão gastrointestinal (SNG)
r) Hiperalimentação parenteral/ infusão de Intralipid

Tabela 17.34-PROCED. 2000

Códigos de Explicação

4 Pontos

a) Escore de pontos para 2 dias depois da parada cardiorrespiratória mais recente.
b) Não significa ventilação mandatória intermitente que é uma intervenção de 3 pontos.A despeito da regulagem do ventilador mecânico, todos as necessidades ventilatória estão sendo supridas pela máquina. Se o paciente vem ou não ventilando ineficiente é irrelevante, pois o respirador supre todas as necessidades da ventilação-minuto do paciente.
c) Por exemplo: D-tubocurarina, panouronium (pavulon), metocurine.
d) Use de balão de Sengstaken-Blackmore ou Linton para sangamento gástrico ou esofagiano
e) Infusão de pitressin via IMA, SMA , cateteres arteriais gástrico para controle de hemorragia gastrointestinal ou outra infusão intra-arterial.
g) Não inclui a infusão contínua de heparina a 3ml/h para manter a patência do cateter.
h) Marca-passo ativo mesmo que crônico.
j) Inclui as 2 primeiras sessões em paciente agudo, inclui diálise crônica em pacientes cuja situação medida faz com que a diálise seja instável.
k) Resfriamento contínuo ou intermitente para alcançar temperatura corporal de menos de 33°C
Uso manual ou de bomba para infusão de sangue sob pressão em pacientes que requerem rápida reposição sanguínea.
p) Pode ser o primeiro procedimento cirúrgico de emergência - inclui testes diagnósticos, isto é CT scan.

3 Pontos

d) O paciente participa parcialmente das suas necessidades ventilatórias.
g) Não é um escore diário. O paciente deve ter sido intubado na UTI (eletivo ou emergência) dentro de 24 horas.
i) Medidas de entrada/saída acima da rotina normal de 24 horas, ajustes freqüentes das entrada de acordo com as perdas.
x) Inclui dextran.
bb) Por exemplo *Stroker Frame, CircOlectric.*

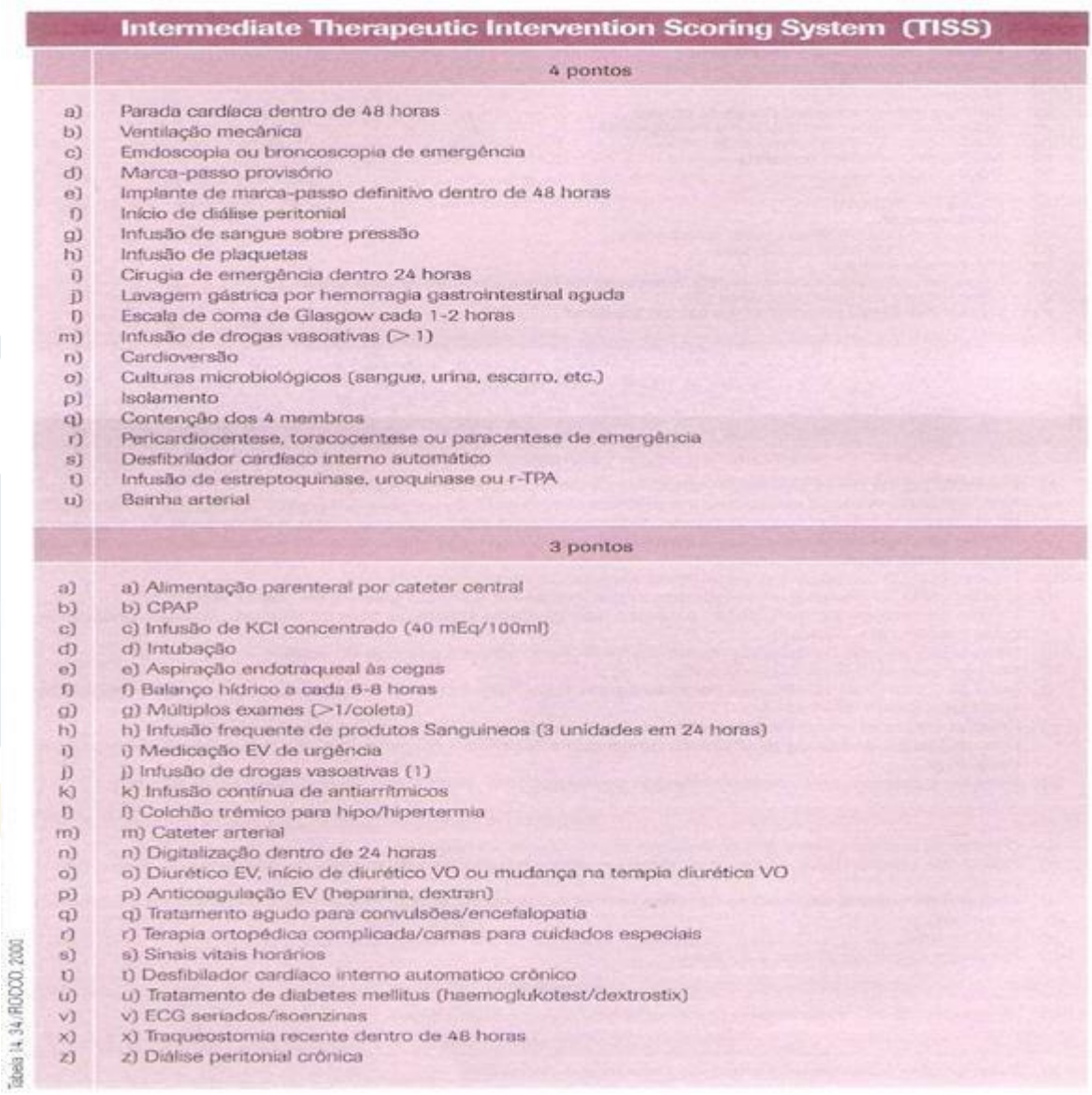
2 pontos

g) Reposição de líquidos acima do prescrito como níveis de manutenção.

1 Ponto

k) Deve ter uma úlcera de decúbito. Não inclui terapia preventiva.

Tabela 17.34-PROCED. 2000



Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)	
	4 pontos
a)	Parada cardíaca dentro de 48 horas
b)	Ventilação mecânica
c)	Emdoscopia ou broncoscopia de emergência
d)	Marca-passo provisório
e)	Implante de marca-passo definitivo dentro de 48 horas
f)	Início de diálise peritonial
g)	Infusão de sangue sobre pressão
h)	Infusão de plaquetas
i)	Cirugia de emergência dentro 24 horas
j)	Lavagem gástrica por hemorragia gastrointestinal aguda
l)	Escala de coma de Glasgow cada 1-2 horas
m)	Infusão de drogas vasoativas (> 1)
n)	Cardioversão
o)	Culturas microbiológicos (sangue, urina, escarro, etc.)
p)	Isolamento
q)	Contenção dos 4 membros
r)	Pericardiocentese, toracocentese ou paracentese de emergência
s)	Desfibrilador cardíaco interno automático
t)	Infusão de estreptoquinase, uroquinase ou r-TPA
u)	Bainha arterial
	3 pontos
a)	a) Alimentação parenteral por cateter central
b)	b) CPAP
c)	c) Infusão de KCl concentrado (40 mEq/100ml)
d)	d) Intubação
e)	e) Aspiração endotraqueal às cegas
f)	f) Balanço hídrico a cada 6-8 horas
g)	g) Múltiplos exames (>1/coleta)
h)	h) Infusão frequente de produtos Sanguíneos (3 unidades em 24 horas)
i)	i) Medicação EV de urgência
j)	j) Infusão de drogas vasoativas (1)
k)	k) Infusão contínua de antiarrítmicos
l)	l) Colchão térmico para hipo/hipertermia
m)	m) Cateter arterial
n)	n) Digitalização dentro de 24 horas
o)	o) Diurético EV, início de diurético VO ou mudança na terapia diurética VO
p)	p) Anticoagulação EV (heparina, dextran)
q)	q) Tratamento agudo para convulsões/encefalopatia
r)	r) Terapia ortopédica complicada/camas para cuidados especiais
s)	s) Sinais vitais horários
t)	t) Desfibilador cardíaco interno automatico crônico
u)	u) Tratamento de diabetes mellitus (haemoglukotest/dextrostix)
v)	v) ECG seriados/isoenzinas
x)	x) Traqueostomia recente dentro de 48 horas
z)	z) Diálise peritonial crônica

Tabela 14.34 (RODOD, 2000)

	2 pontos
a)	a) Monitorização eletrocardiográfica/telemetria
b)	b) ECG de urgência (12 derivações)
c)	c) Sinais vitais a cada 24 horas
d)	d) PVC
e)	e) Escala de coma de Glasgow a cada 4 horas
f)	f) Oximetria de pulso
g)	g) dois cateteres EV
h)	h) Tubo torácico
i)	i) Marca-passo implantado crônico
j)	j) Hemodialise
k)	k) Antibióticos EV(> 1)
l)	l) Respiração espontânea via máscara de traqueostomia ou tubo em T
m)	m)Alimentação enteral
n)	n) Reposição de perdas eletrolíticas e de líquidos
o)	o) Quimioterapia EV
p)	p) Múltiplas mudanças de roupas
q)	q) Minitraqueostomia
r)	r) Administração de oxigênio por máscara ou cânula
s)	s) Fisioterapia torácica formal
t)	t) Aminofilina/teofilina EV
u)	u) Sedação continua ou anestesia controlada pelo paciente
v)	v) Infusão epidural
w)	w)Gravador de volume do pulso/doppler
	1 Ponto
a)	a) Sinais vitais a cada turno
b)	b) Um cateter EV
c)	c) Anticoagulação oral
d)	d) Balanço hídrico a cada 24 horas
e)	e) Medicações EV do horário
f)	f) Mudança de roupa simples
g)	g) Cuidado com a traqueostomia
h)	h) Terapia ortopédica simples/cuidados com o gesso
i)	i) Cateter vesical (Foley)
j)	j) Antibiotico EV (1)
k)	k) Espirometria de incentivo
l)	l) Tubo(s) de drenagem
m)	m) Cateter nasogástrico/gastrotomia
n)	n) Botas pneumáticas
o)	o) Culturas de escarro, feridas e outras
p)	p) Hiperalimentação periférica/infusão de lipídios
q)	q) Aspiração do tubo endrotraqueal(> 2 x 6-8 horas)

Tabela 13.34 ROCCO, 2000

Códigos de Explicação

	4 pontos
a)	Escore de pontos para 2 dias depois da parada cardiorespiratória mais recente
b)	Não significa ventilação mandatória interminente que é uma interveição de 3 pontos .A despeito da regulagem do ventilador mecânico, todas as necessidades ventilatórias estão sendo supridas pela máquina. Se o paciente vem ou não vntilando ineficiente é irrelevante, pois o respirador supre todas as necessidades da ventilação - minuto do paciente
c)	Por exemplo: D-tubocurarina, pancuronium (pavulon), metocurine
d)	Uso de balão de sengstaken, Blackmore ou Linton para sangramento gástrico ou esofagiano Infusão de pitressin via IMA, SMA, cateteres arterias gástricos para controle de hemorragia gastrointestinal ou outra infusão intra- arterial.
e)	Não inclui a infusão contínua de heparina a 3 ml/h para manter a patência do cateter
g)	Marca - passo ativo mesmo que crônico
h)	Inclui as 2 primeiras sessões em pacientes agudos. Inclui diálise crônica em pacientes cuja situação médica faz comque a diálise seja instavél
j)	Resfriamento contínuo ou intermitente para alcançar temperatura corporal de menos 33C
k)	Uso manual ou de bomba para infunsão de sangue sob pressão em pacientes que requerem rápida reposição sanguinea
p)	Pode ser o primeiro procedimento cirumergência - inclui teste diagnostico, isto é angiografia, CT scan
	3 pontos
d)	O paciente participa parcialmente das suas necessidades ventilatórias
g)	Não é um escore diario . O paciente deve ter sido inturbado na UTI (eletivo ou emergência) dentro de 24 horas
i)	Medidas de entrada / saida acima da rotina de 24 horas. Ajustes frequentes das entrada de acordo com as perdas
x)	Inclui dextran
bb)	Por exemplo Stryker frame CircOletric
	2 pontos
g)	Reposição de líquidos acima do prescrito como níveis de manutrenção
	1 ponto
k)	Deve ter uma úlcera de decúbio. Não inclui terapia preventiva

Tabela 13.34 ROCCO, 2000

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas

Miocárdicas Instáveis

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Operacionalidade

As diretrizes implicam em abordagem sistematizada dos pacientes com dor torácica, tendo como características:

- Programa de avaliação de pacientes com dor torácica, caracterizados como de moderado a baixo risco de eventos coronarianos ou Morte, com sistematização.
- Unidade funcional para diagnóstico e tratamento das Síndromes Isquêmicas Agudas.
- Corpo Clínico treinado: Médicos e Enfermeiras.

Equipamentos e Serviços Complementares

- Central com Oxigênio, Vácuo e Ar comprimido; Monitor; Desfibrilador; Oxímetro; PAM não invasiva.
- Eletrocardiógrafo.
- Serviço de Radiologia com funcionamento em horário integral.
- Laboratório equipado para dosagens de Troponinas, CPK e CK-MB.
- Serviço de Ecocardiografia.
- Serviço de Ergometria.
- Serviço de Cintilografia.
- Serviço de Hemodinâmica

Objetivos

- Priorizar o atendimento dos Pacientes com dor torácica.
- Agilizar o atendimento e o diagnóstico etiológico.
- Otimizar a acurácia diagnóstica das Síndromes Coronarianas Agudas.
- Reduzir a taxa de Hospitalização inapropriada de pacientes sem Síndrome Coronariana Aguda.
- Reduzir a taxa de liberação inapropriada de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.
- Reduzir o tempo de reperfusão coronária nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.
- Reduzir os custos da investigação diagnóstica.

Fluxograma

- Os Pacientes serão estratificados em um Fluxograma baseado nas características da dor torácica na admissão e os achados eletrocardiográficos.

História Clínica com caracterização do tipo de dor e Exame Físico.

A Anamnese inicial identifica uma dor torácica como típica ou atípica

Dor Típica

Dor Tipo A : Definitivamente Anginosa

Dor Tipo B: Provavelmente Anginosa

Dor Atípica

Dor Tipo C : Provavelmente não anginosa

Classificação do Tipo de Dor
Dor Tipo A – Definitivamente Anginosa Dor Torácica que dá ao Médico examinador a certeza do diagnóstico de Insuficiência Coronariana Aguda, independente dos resultados dos Exames Complementares. (Dor/desconforto retroesternal ou precordial, com piora ou desencadeada ao esforço físico, com duração maior que 5 minutos e aliviada com repouso ou Nitrato em menos de 10 minutos).
Dor Tipo B – Provavelmente Anginosa Dor torácica cujas características faz da Insuficiência Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para sua confirmação. (Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa).
Dor Tipo C – Provavelmente não anginosa Dor torácica cujas características não faz da Insuficiência Coronariana a principal suspeita diagnóstica, porém necessitando o Médico de Exames complementares para sua exclusão. (Tem algumas poucas características da dor definitivamente anginosa).

Rota 1 - Ambulatorial

CLASSIFICAÇÃO DIAGNOSTICA

1. Todos os Pacientes deverão ter a classificação de Braunwald e TIMI Score em suas hipóteses diagnosticas (Vide Anexo).

TERAPÊUTICA ADJUVANTE DAS S.I.M.I.

Medidas Gerais Iniciais:

- Repouso no Leito com monitorização eletrocardiográfica contínua, PA não invasiva e oximetria de pulso (C).

- Morfina ou Meperidina quando os sintomas não forem controlados com as medidas antisquêmicas ou na presença de congestão pulmonar (C).

- Oxigênio suplementar para os pacientes que se apresentam com dispneia ou cianose, Saturação de Oxigênio < 90% ou no máximo nas primeiras 2 – 3 horas nos pacientes que evoluam sem complicações (C).

- Nitroglicerina, comp. Sublingual ou Spray seguido pela administração Intravenosa (C).

- Aspirina na dose inicial de 200mg (mastigada) ou 100 a 300 mg nos pacientes que já fazem uso regular (A).

TRATAMENTO ESPECÍFICO

1. Nitratos Dose:

- Sublingual: NTG 0,30 a 0,44 mg / Dinitrato de Isosorbida 5 mg (01 comp.) a cada 5 min, dose máxima de 15 mg.

- Intravenoso: NTG 10-20 mcg/min. Aumentar 5-10 mcg cada

5-10 min

- Atenção (Contraindicações):

1. PAS< 90 mm Hg
2. Infarto Ventrículo Direito
3. Uso de Sildenafil nas últimas 24 hs
4. Limitar queda da PAS:

- 10 % se normotenso

- 30 % se hipertenso

BETA-BLOQUEADORES

Quando?

- Em todos os pacientes com IAM sem elevação de ST ou Angina instável que não apresentem contraindicações.

Como?

Metoprolol

5 mg IV lento; repetir após 5 min (total 15 mg), observando Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.

Nos pacientes com boa tolerância iniciar a terapia oral com doses de 100 a 200 mg/dia ou outro Betabloqueador (Propranolol/ Atenolol).

Contra - indicações ao uso dos Betabloqueadores

1. Frequência Cardíaca < 60 bpm
2. Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg

3. Sinais de Insuficiência Ventricular Esquerda
4. Edema Agudo de Pulmão
5. Sinais de hipoperfusão Periférica
6. BAV 1º grau com P-R > 0,24 Seg
7. BAV 2º ou 3º grau
8. DPOC grave
9. História de Asma Brônquica
10. Doença Vascular Periférica Clopidogrel Quando?

1. Pacientes que apresentem contraindicações absolutas ou relativas ao uso do AAS
2. Pacientes com Angina Instável de Alto Risco (Inversão da Onda T > 02 mm ou Infradenivelamento do Segmento S-T > 0,5 mm) ou Infarto sem Supradesnível do Segmento S-T.

Como?

1. Dose de Inicial de 300mg (04 comp.) e manutenção de 75mg/dia.

Ácido Acetil Salicílico

Quando?

Todo pacientes com IAM e AI que não apresentem contraindicações ao seu uso.

Como?

Dose inicial de 200mg (Mastigar) ou manutenção da dose de 100 a 300 mg/dia nos pacientes com relato de uso regular da mesma. Manter o uso indefinidamente. Heparina Não Fracionada Quando?

Em todos os pacientes com Angina Instável ou IAM sem onda Q que não apresentem contraindicação ao seu uso.

Como?

Bolus: 60UI/Kg com dose máxima de 5000 UI

Manutenção: 12UI/Kg com dose máxima de 1000UI/h reajustando a velocidade de infusão de acordo com quadro em anexo.

TTPa (seg)	**Bolus**	**Parar Infusão**	**Velocidade**	**Repetir TTPa**
< 40	3000 UI	O min	+ 2 ml/h	6h
40 - 49	0	0	+ 1 ml/h	6h
50 - 70	0	0	0	24h

71 – 85	0	0	- 1ml/h	24h
86 – 100	0	30 min	- 2 ml/h	6h
101 – 150	0	60 min	- 3 ml/h	6h
> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Bloqueadores dos Canais de Cálcio Quando?

1. Em pacientes com isquemia recorrente, quando betabloqueadores são contraindicados, na ausência de disfunção Ventricular Esquerda (Verapamil e Diltiazem).

2. BCC de longa duração para isquemia recorrente na ausência de contraindicação quando betabloqueadores e Nitratos estiverem em dose máxima.

Pravastatina Quando?

1. Em todos os Pacientes com quadro clínico de Angina Instável que apresentam LDL-Colesterol > 115 mg Como?

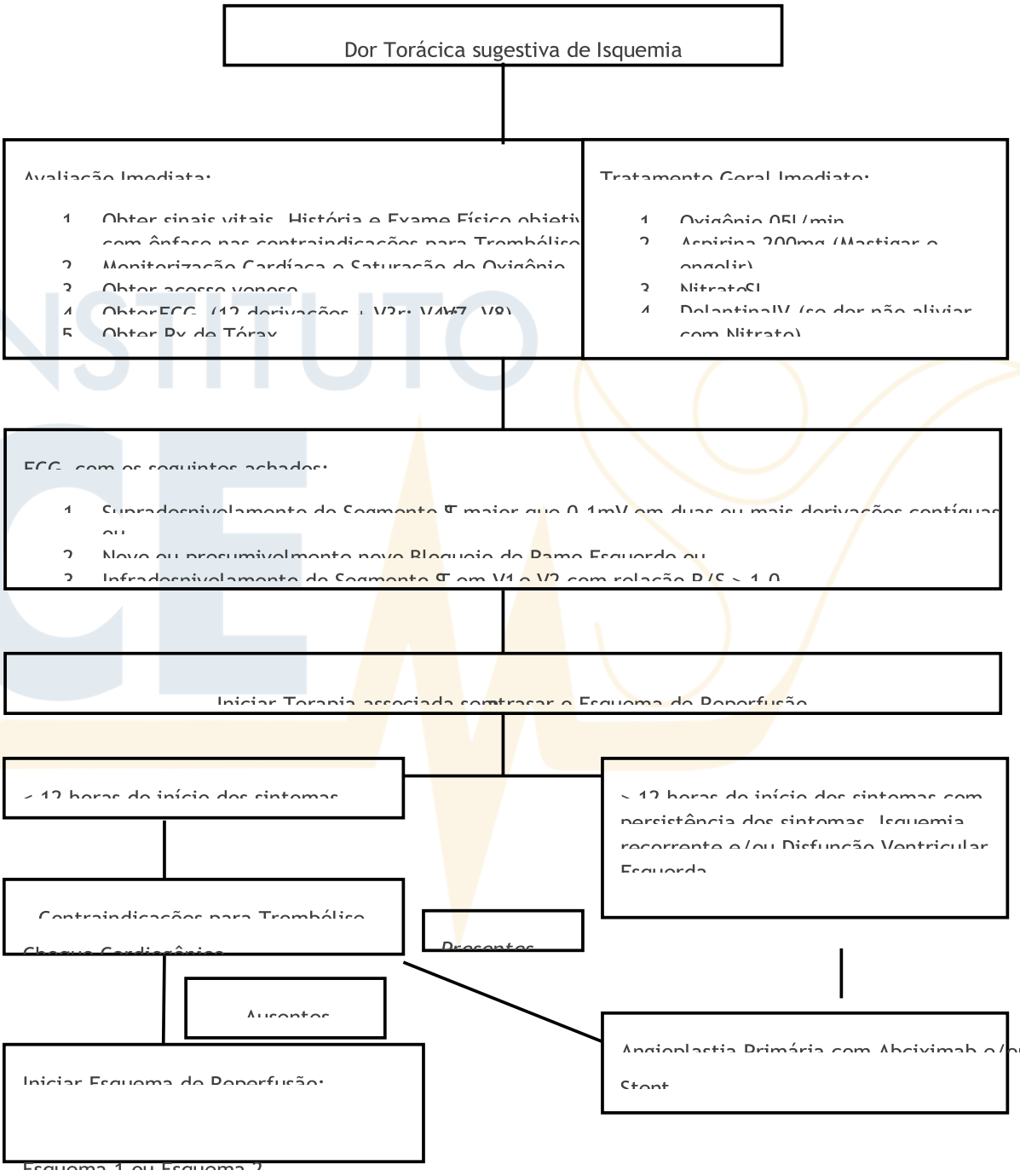
Iniciar com dose de 20 mg / dia e posterior reajuste de dose ambulatorial.

Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas

Instáveis

ROTINAS DA UNIDADE CORONARIANA PARA TRATAMENTO DOS PACIENTES COM

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO S-T



TERAPIA ASSOCIADA

Deverá ser administrada a todos os pacientes com IAM, concomitante ao esquema de reperfusão ou isoladamente naqueles que não preencherem os critérios descritos acima.

- B – Bloqueador: Iniciar Metoprolol Intravenoso nos pacientes que não apresentarem contraindicação. Deve ser administrado em três bolus de 5mg. Os pacientes são avaliados por 5 min. após cada bolus, e se a frequência cardíaca cair abaixo de 60bpm ou a pressão

sistólica cair abaixo de 100 mmHg a droga não deve ser mais administrada. Se a estabilidade hemodinâmica persistir, 15 min. após a última dose, o paciente deve receber inicialmente Metoprolol Oral 50mg duas vezes ao dia, aumentando gradativamente até atingir controle ideal da frequência cardíaca.

- Nitrato Intravenoso: Em todos os pacientes que não apresentem contraindicação, durante 48 horas.

- AAS: Após a dose de admissão, manter 100mg/dia, exceto nos pacientes com intolerância ou alergia documentada (Substituir por Clopidogrel).

- IECA: Iniciar em todos os pacientes que não apresentarem contraindicação: 12,5mg 25mg 50mg a cada 08 horas.

- Pravastatina: Iniciar em todos os pacientes com LDL - Colesterol > 130mg/dl.

- Liquemine: Deve ser iniciado na dose de 5000 UI SC de 8/8h.

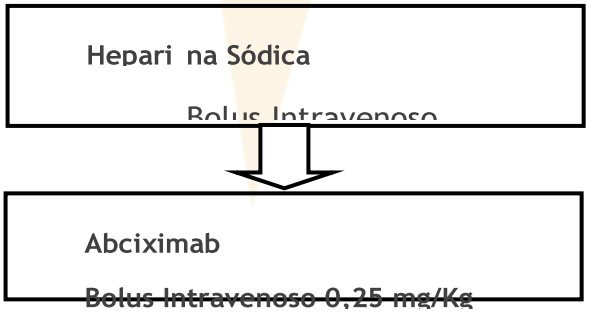
ESQUEMA 1 DE REPERFUSÃO

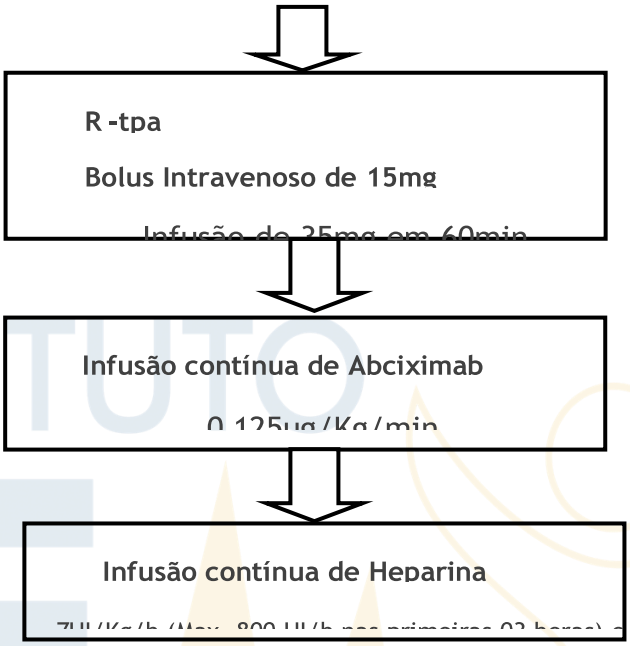
R-tpa + Abciximab + Heparina

- R – tpa: Dose Total de 50mg (15mg em bolus + 35mg em 60 min).

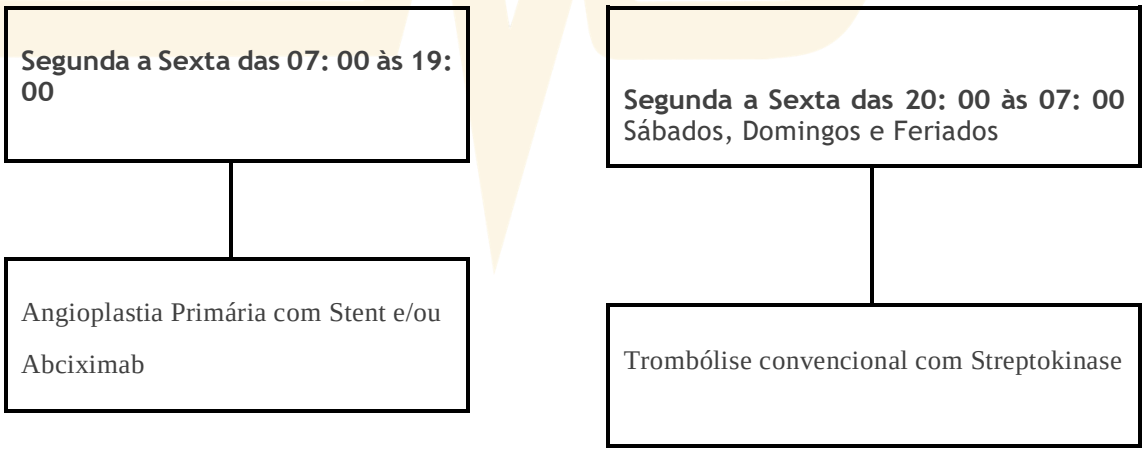
- Abciximab: Bolus de 0,25 mg/Kg + Infusão contínua de 0,125 ug/Kg/min até dose máxima de 10 ug/min por um período de 12 horas.

- Heparina: Bolus de 40 UI/ Kg (Máximo de 3000 UI) seguidos de 7UI/Kg/h (Máximo de 800 UI/h) nas primeiras 03 horas e posteriormente com o objetivo de manter o TTPa entre 50 e 70 segundos nas primeiras 24 horas.





ESQUEMA 2 DE REPERFUSÃO



EXAMES DE ROTINA

1. Hemograma

2. CPK e CK-MB – Deverão ser realizadas inicialmente de 6/6h até ser registrado Pico. Posteriormente a cada 12 horas até normalização. Se houver recorrência da dor com alteração eletrocardiográfica significativa, as enzimas deverão ser novamente realizadas com os mesmos critérios da admissão com um máximo de 04 dosagens se não houver elevação inicial. 3. Função Renal e Eletrólitos (Sódio, Potássio, Magnésio, Uréia,

Creatinina)

4. TTPa e TP

5. Perfil Lipídico em jejum e/ou na admissão.

6. Eletrocardiograma - Além do realizado na admissão, deverão ser realizados 01 hora e 03h após o término da Trombólise e diariamente a partir de então enquanto estiver internado na UCO ou quando necessário. 7. Ecocardiograma – Deverá ser realizado no 1º PIM ou mais precocemente se necessário. Novo Exame a critério da MP em caso de intercorrências.

ANEXOS DE UTILIDADE

Dose de Ataque e Manutenção do Abciximab

Obs: A dose de manutenção é preparada diluindo-se 4,5ml do Abciximab em 250ml de Sol. Fisiológica ou Glicosada a 5%.

Peso (Kg)	Bolus IV (ml)	Manutenção (ml/h)	Peso (Kg)	Bolus IV(ml)	Manutenção (ml/h)
45	5,6	9	79	9,9	16
46	5,8	10	80	10,0	17
47	5,9	10	81	10,1	17
48	6,0	10	82	10,2	17
49	6,1	10	83	10,4	17
50	6,2	10	84	10,5	17
51	6,4	11	85	10,6	17
52	6,5	11	86	10,8	17
53	6,6	11	87	10,9	17
54	6,8	11	88	11,0	17
55	6,9	11	89	11,1	17
56	7,0	12	90	11,2	17
57	7,1	12	91	11,4	17
58	7,2	12	92	11,5	17
59	7,4	12	93	11,6	17
60	7,5	12	94	11,8	17

61	7,6	13	95	11,9	17
62	7,8	13	96	12,0	17
63	7,9	13	97	12,1	17
64	8,0	13	98	12,3	17
65	8,1	14	99	12,4	17
66	8,2	14	100	12,5	17
67	8,4	14	101	12,6	17
68	8,5	14	102	12,8	17
69	8,6	14	103	12,9	17
70	8,8	15	104	13,0	17
71	8,9	15			
72	9,0	15			
73	9,1	15			
74	9,2	15			
75	9,4	16			
76	9,5	16			
77	9,6	16			
78	9,8	16			

NORMOGRAMA DE CONTROLE DA HEPARINA

1. TTPa (seg)	2. Bolus	3. Parar Infusão	4. Velocidade	5. Repetir TTPa
< 40	3000 UI	O min	+ 2 ml/h	6h
40 - 49	0	0	+ 1 ml/h	6h
50 - 70	0	0	0	24h
71 - 85	0	0	- 1ml/h	24h
86 - 100	0	30 min	- 2 ml/h	6h
101 - 150	0	60 min	- 3 ml/h	6h

> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Contraindicações para Trombólise

Absolutas
1. AVC Hemorrágico prévio em qualquer época ou outros tipos de AVC ou eventos Cerebrovasculares no último ano. 2. Neoplasia Intracraniana Conhecida. 3. Sangramento interno ativo (Exceto Menstruação). 4. Suspeita de Dissecção de Aorta
Relativas
1. Hipertensão não controlada na admissão (TA > 180 x 110 mmHg) 2. Uso atual de anticoagulantes oral em dose Terapêutica. 3. História de Acidente Cérebrovascular prévio ou Patologia Cerebral conhecida que não se encaixa nas contraindicações. 4. Trauma recente (Entre 2 – 4 Semanas), incluindo trauma em Crânio ou manobras de reanimação traumáticas ou prolongadas (> 10min) ou Cirurgia maior (< 3 Semanas). 5. Punção vascular não compressiva. 6. Sangramento interno recente (Entre 2 – 4 Semanas). 7. Exposição prévia a Streptokinase (Especialmente entre 5 dias – 2 anos) ou reação alérgica prévia. 8. Gravidez 9. Úlcera Péptica ativa. 10. História de Hipertensão crônica Severa.

RECOMENDAÇÕES PARA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA PRECOCE

1. Pacientes com episódios persistentes ou recorrentes de isquemia sintomática, espontânea ou induzida, com ou sem alterações eletrocardiográficas associadas.

2. Desenvolvimento de Choque Cardiogênico, congestão pulmonar severa ou hipotensão persistente.

3. Pacientes que apresentarem critérios para indicação de Cirurgia Cardíaca de Urgência/Emergência.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA CARDÍACA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

1. Pacientes que não obtiveram sucesso na ATC, evoluindo com manutenção da dor ou instabilidade hemodinâmica e com anatomia coronariana compatível com a realização de Revascularização Cirúrgica. 2. Pacientes que evoluírem com Comunicação Interventricular, Ruptura de Parede Livre ou Insuficiência da Válvula Mitral por disfunção/ruptura de músculo papilar.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTRATIFICAÇÃO ANTES DA ALTA HOSPITALAR

- Os Pacientes que evoluírem sem complicações deverão ter Alta da UCO no 2º PIM e Alta Hospitalar do 5º ao 7º PIM.

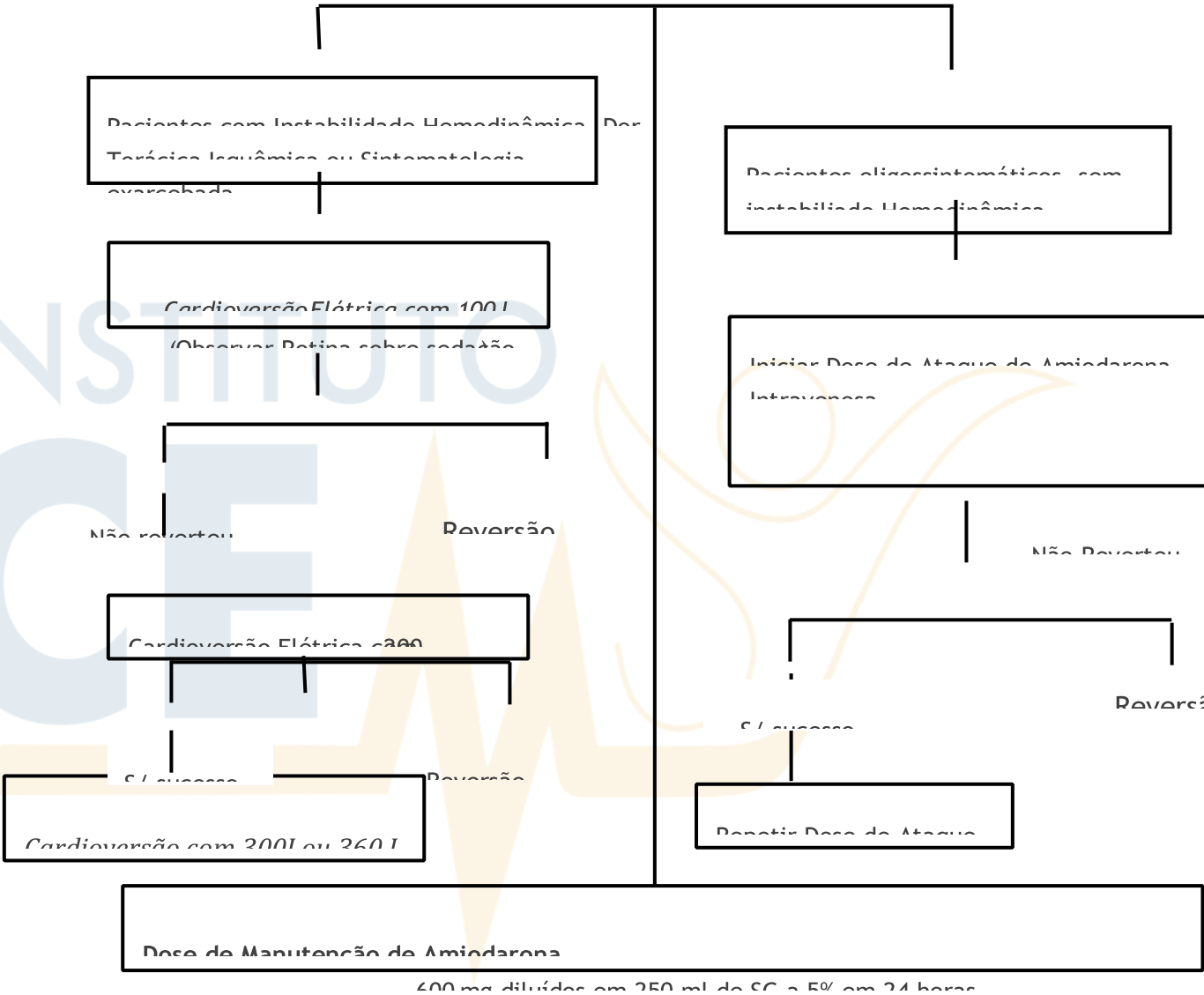
- Todos os Pacientes que tiverem diagnóstico de IAM de Parede Anterior ou IAM Complicado que não preencherem os critérios de Cineangiocoronariografia Precoce, deverão ser submetidos a

Cateterismo por volta do 5º PIM. Os demais deverão realizar Teste Ergométrico antes da Alta (Mini-Teste). Os que apresentarem impossibilidade de realizar o esforço na esteira, realizarão Cintilografia com Stress farmacológico.

TRATAMENTO DAS ARRITMIAS EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Fibrilação Atrial

Presença de Ritmo de Fibrilação Atrial



1.7.5 Procedimentos Médicos: Materno/Infantil

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 no SISPRENATAL, com garantia de recursos da Rede Cegonha até a 12ª semana de gestação;
- Disponibilizar o cartão da gestante e preenchê-lo adequadamente em todas as consultas, garantindo a qualidade da informação;
- Realizar classificação do risco gestacional a cada consulta, garantindo encaminhamento ao 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 tempo oportuno 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 e nascimento (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 classificação de 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 (incluindo asma 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); Alterações genéticas 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 com malformação 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 em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida. História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da 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 a citomegalovirose 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 mamografia com 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

Controles Maternos:

- 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 a importância 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 de Coombs 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" confirma o diagnóstico de sífilis, devendo ser instituído o tratamento e acompanhamento.

- Na impossibilidade de realizar teste confirmatório, se a história passada de tratamento não puder ser resgatada deve-se considerar resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em 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 tipo I após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste de medicação com resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante aa Policlínica de referência 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 HIV e 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.

Tratamento da Anemia:

- Iniciar tratamento na 20º semana de gestação

- 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg) = 40mg de ferro elementar hb entre 811g/dl anemia 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 se diminuir, 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 experiência e segurança do prescritor.

O seguimento ambulatorial permanece indicado, enquanto mantidos os níveis tensionais estáveis (TAD < 90 mm/ Hg), os exames laboratoriais sem sinais de alerta (Quadro 1) e ausentes os sinais de comprometimento da vitalidade fetal. A ausência dessas condições pressupõe a evolução para a forma grave da doença, quando está indicado o tratamento hospitalar.

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 requer atenção 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, triagem auditiva, 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 hipertensão persistir após um mês do parto;
- Prescrever reposição com sulfato ferroso (600mg/dia), dois comprimidos de 300mg ao dia, por até 4 meses;
- Orientar sobre a importância da anticoncepção efetiva a fim de se obter o adequado intervalo 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: Assistência ao Parto Vaginal

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender as mulheres em trabalho de parto, atendendo a princípios técnicos e humanísticos que promovam um parto não traumático e nascimento saudável.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Introdução

A assistência ao parto vaginal destina-se a auxiliar a equipe de saúde, responsável pela atenção à mulher grávida e sua família, no momento do parto. Com o processo de urbanização, a maioria das mulheres passou a ter seus partos em maternidades e medidas intervencionistas foram utilizadas de forma rotineira, nem sempre acompanhadas de evidências científicas claras e benéficas à mulher e ao concepto. O uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências para tomada de decisões individuais, deve

ser difundido entre as equipes de saúde para escolha, adequada e segura, de como cuidar da mulher, seu bebê e sua família. O objetivo principal dos profissionais que atendem as mulheres em trabalho de parto deve ser a assistência a um parto não traumático, atendendo a princípios técnicos e humanísticos que promovam um parto e nascimento saudáveis. Este objetivo, por vezes não é alcançado, pois envolve infraestrutura das unidades hospitalares, preparo adequado de equipes, atendimento das expectativas da mulher e sua família, pré-natal qualificado, garantia do acompanhante de livre escolha durante o processo de nascimento, vinculação da gestante à maternidade que assistirá o seu parto, e adoção de práticas alternativas para o alívio da dor. Contudo, essas dificuldades precisam ser sanadas com vistas a garantir a melhor assistência possível durante o nascimento, pois o parto e o pós-parto imediato são períodos em que a mãe e o recém-nascido encontram-se vulneráveis. As práticas de atenção durante o processo do nascimento vêm sendo relacionadas aos principais problemas que acometem mãe e filho. Estima-se que, durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas (BRASIL, 2011).

O parto é um evento social, singular, que envolve a equipe de saúde, a parturiente e sua família. É o momento de uma experiência especial: assistir à chegada de um filho. Assim, esse período precisa ser cuidado de tal forma a minimizar os riscos próprios inerentes ao processo parturitivo, a fim de reduzir a morbimortalidade materna, fetal e do recém-nascido. Dessa forma, no intuito de se obter uma atenção qualificada, a equipe deve acompanhar o nascimento, avaliando criteriosamente a evolução do trabalho de parto e pós-parto, a fim de prevenir complicações e promover o nascer de forma segura.

Avaliação de Risco no Parto

Uma avaliação das necessidades de classificação do risco no trabalho de parto, para mulher e feto, se constitui um fator importante nos serviços de saúde, pois pode evitar complicações e auxiliar na tomada de decisões sobre local do parto, tipo de parto e nível de atenção. Essa avaliação é um fator dinâmico durante todo o processo, uma vez que o diagnóstico de uma mulher, classificada como baixo risco" para parto normal pode, repentinamente, mudar para alto risco". Por este motivo, faz-se necessário realizar avaliações contínuas quanto à classificação de risco da mãe e do feto, durante o trabalho de parto, com uma vigilância criteriosa e acurada.

O objetivo primário dessa avaliação é identificar mulheres em categorias diferentes, para as quais ações específicas possam ser planejadas, recomendadas e implementadas. A equipe de saúde deverá avaliar a gestante para detectar situações que requeiram encaminhamento imediato ao serviço de referência, tais como: hipertensão, diabetes, gestação a partir de 41 semanas, prematuridade, gestação múltipla, hemorragiatransvaginal, oligoidrâmnio, restrição de crescimento, cardiopatias, presença de líquido meconial, apresentações anômalas, amniorrexe e óbito fetal.

Em caso de encaminhamento ao serviço especializado, o profissional deverá preencher a ficha de referência com todos os dados pertinentes e contatar o serviço, informando-o do motivo do encaminhamento.

Admissão da Parturiente na Recepção

O **Acolhimento e a Classificação de Risco** à parturiente devem estar presentes nas maternidades e casas de parto como preconizado pelo Ministério da Saúde. Essas ações

visam a um atendimento humanizado e qualificado à mulher e ao filho, à partir das seguintes condutas:

✓ Ao chegar à maternidade, a gestante deve ser recebida e acolhida pelos profissionais que irão atendê-la;

✓ Os profissionais devem apresentar-se;

✓ Realizar a aferição dos sinais vitais e classificação quanto ao risco para o atendimento;

✓ O profissional que realizar o acolhimento da gestante deve, ainda, orientar a parturiente sobre o direito ao acompanhante e os cuidados oferecidos na unidade.

Neste momento, é estabelecido o primeiro vínculo entre a gestante e o profissional de saúde. Este deve realizar:

✓ escuta qualificada;

✓ fazer a anamnese;

✓ avaliar o cartão de pré-natal;

✓ explicar a necessidade do exame obstétrico (manobras de Leopold);

✓ fazer a ausculta cardíaca fetal;

✓ fazer avaliação das contrações uterinas;

✓ fazer exame especular, em caso de história de perda liquida (toque vaginal);

✓ formular a hipótese diagnóstica e definira conduta.

Salienta-se que na hipótese diagnóstica e conduta, o risco no parto é presumido, porém, este é dinâmico, podendo alterar-se no decorrer do trabalho de parto. Dessa forma, a mulher deve ser avaliada durante todo o processo do nascimento. Nas fases iniciais de trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o verdadeiro diagnóstico diferencial entre o verdadeiro e falso trabalho de parto. Por vezes, precisamos de mais de uma avaliação, cujo tempo pode variar em algumas horas para o diagnóstico preciso de trabalho de parto. As condições abaixo são essenciais para a definição da internação: a) Pelo menos 2 contrações efetivas a cada 10 minutos;

b) Apagamento cervical, colo dilatado para 3cm ou mais;

c) Um dos sinais acima e ruptura espontânea das membranas (avaliar necessidade do teste do tornassol).

Em situações em que não seja identificada a necessidade de internação, a mulher deverá receber as orientações sobre: retorno ao serviço, observação das contrações, movimentação fetal, perda líquida, entre outros.

Em casos de encaminhamento a outros serviços, o profissional de saúde deverá preencher a ficha de referência e fazer contato com a unidade especializada à qual será encaminhada a parturiente.

Em casos de internação, informa-se a mulher e seu acompanhante a conduta a ser adotada, orientações pertinentes, esclarecimento de dúvidas e preenchimento dos registros cabíveis (prontuários, livro de admissão, entre outros). Os registros devem ser realizados em linguagem clara, legível e, em caso de abreviaturas, estas devem ser restritas às conhecidas na literatura obstétrica. Após preenchimento adequado do prontuário, avalia-se a necessidade da coleta de sangue para exames como: VDRL; HIV (se a data do último exame for superior a 3 meses, colher o sangue após aconselhamento); Classificação sanguínea ABO-Rh (caso a paciente não tenha realizado no prénatal) e outros exames em casos específicos, como pré-eclâmpsia; diabete, amniorrexe há mais de 6 horas, entre outros.

Na maioria das maternidades, parturientes recebem vestimenta própria e adequada ao trabalho de parto, e deverão ficar com seus pertences íntimos e roupas do bebê, que ficarão sob a guarda do acompanhante. Se não houver acompanhante, discutir com a equipe de saúde qual o melhor procedimento a ser adotado.

Os serviços deverão estar organizados para uma assistência interdisciplinar, desde a entrada da mulher na Policlínica, até a sua alta hospitalar. O cuidado interdisciplinar favorece uma atenção qualificada. São de fundamental importância as orientações e o acolhimento da mulher neste momento, uma vez que é comum a ausência de esclarecimentos quanto ao decurso do trabalho do parto, especialmente em primigestas.
Admissão na Sala de Pré-parto, parto e pós-parto

O MS tem recomendado a instalação de unidades de préparto, parto e pósparto (PPP) nas maternidades que realizam parto normal. Esses espaços visam a um atendimento diferenciado e humanizado à mulher e sua família, durante o nascimento do filho(a)(s). Na unidade PPP, a mulher é atendida após a admissão, permanecendo nela até as primeiras horas do pós-parto imediato. **Com vistas a assegurar o direito a um parto seguro para mulher e filho, surgiu em 2011 a Rede Cegonha**que preconiza uma política de atenção ao ciclo gravídico e puerperal que possibilita a concretização de um atendimento qualificado à mulher durante a gestação e o nascimento. Desta forma, ações mínimas devem ser contempladas para uma assistência adequada ao ato de nascer, são elas:

a) O acolhimento na sala de parto se torna de fundamental importância para as mulheres, no processo do trabalho de parto. Conversar, explicar, auxiliar a minimizar os medos informando todos os procedimentos, quando os mesmos forem realizados. Este acolhimento também inclui o acompanhante, pois, muitas vezes, ele não se encontra preparado para aquele momento. Identificarse pelo nome, é condição inicial para a formação de vínculo entre profissional de saúde e mulher. Oferecer suporte emocional gera segurança e confiança, facilitando o processo natural do parto. As maternidades devem oferecer práticas alternativas para o alívio da dor, na assistência ao parto, sendo, este, o momento de informar as práticas para alívio da dor, explicando as vantagens para parturiente e acompanhante.

b) Escolha da posição adotada – não há uma posição universalmente aceita e perfeita para todas as mulheres; estas devem ser encorajadas a descobrir qual a posição mais confortável. A posição de pé e a deambulação devem ser encorajadas, pois, na maioria das vezes, aumenta o conforto materno e assegura condições para outras práticas de alivio da dor. Caso a parturiente deseje permanecer deitada, a posição recomendada é o decúbito lateral esquerdo.

c) Punção venosa e infusão de líquidos - só deve ser utilizada com indicação específica, como tratamento da hipotensão, manejo de emergência hemorrágica, uso de analgesia e em caso do uso adequado da ocitocina.

d) Dieta - O jejum não é recomendado rotineiramente em parturientes de baixo risco, pois a restrição severa da ingesta oral pode levar à desidratação e à cetose. O trabalho de parto requer demasiada quantidade de energia e, como não se pode prever a sua total duração, é preciso repor as fontes energéticas, a fim de garantir o bem estar fetal e materno. A dieta poderá ser leve com ingesta de água, suco, gelatina, caldos coados, chá, rapadura, sempre procurando estimular a ingesta pela gestante. As mulheres que vão iniciar uma indução ao parto, poderão se alimentar de dieta líquida ou pastosa até o inicio da fase ativa do parto. As gestantes com risco de se submeterem ao parto cesáreo deverão ficar em jejum.

e) Uso do PARTOGRAMA – o partograma é uma ferramenta que representa o trabalho de parto e é usado para avaliação do progresso, condução deste período e das condições de ausculta fetal, uma vez que possibilita acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar intercorrências e indicar a tomada de decisões para correção dos problemas. O rastreamento das dificuldades na evolução do trabalho de parto evita intervenções desnecessárias e reduz o risco de parto prolongado e morte perinatal. Avalia os batimentos cardiofetais (BCF), integridade da bolsa das águas, características do líquido amniótico, dilatação do colo uterino, descida da apresentação, frequência das contrações, uso de medicamentos e infusão venosa. Tem mostrado utilidade quando preenchido de forma correta, porém não deve ser usado com excessiva confiança, mas como instrumento auxiliar na avaliação do trabalho de parto.

f) Cuidados na higiene - a paciente deve ser estimulada a tomar banho durante o trabalho de parto (de preferência banho morno) e trocar as vestes, quando necessário. A equipe de saúde deve estar atenta para o conforto e higiene da parturiente e do ambiente.

g) Aleitamento materno - a equipe de saúde deve considerar que este momento é fundamental para ações educativas de estímulo à amamentação e iniciar as primeiras orientações, como o contato pele a pele após o nascimento, a importância da pega ainda na sala de parto. A primeira mamada estimula na mulher, a liberação da ocitocina que atua na descida do leite e também na contração uterina.

Atenção durante o Primeiro Estágio do Trabalho de Parto (Dilatação)

A parturiente deverá ser acompanhada pela equipe de saúde, de forma que as intervenções sejam realizadas no momento oportuno, respeitando a fisiologia do trabalho do parto, os medos, os conhecimentos e a ansiedade da mulher e de seu acompanhante. As intervenções não devem ser rotina do serviço, e sim individualizadas, realizadas de acordo com a necessidade identificada. As mulheres com gestação de risco devem ser acompanhadas em serviço por profissionais capacitados e equipamentos adequados para uma avaliação segura. Os procedimentos intervencionistas deverão ser aplicados mediante evidências, quanto aos benefícios maternos e/ou fetais.

Monitorização materno e fetal:

Quanto à frequência cardíaca fetal (FCF), seu controle rigoroso durante o trabalho de parto possibilita a adoção de medidas efetivas para garantir um nascimento saudável. No entanto, em gestações de risco habitual, a monitorização contínua da FCF limita a movimentação da mulher. Assim, nesses casos, o controle pode ser realizado a cada 60 minutos na fase latente e início da fase ativa, reduzindo-se, esse intervalo, para 30 minutos

conforme progride o trabalho de parto. A FCF deve ser realizada com o estetoscópio de Pinard ou com o sonar Dopller. O valor da frequência cardíaca fetal pode variar de 120 a 160 batimentos por minuto (bpm). A bradicardia fetal é considerada a partir de valores menores que 120bpm e, para taquicardia, valores acima de 160bpm. Esses parâmetros são importantes sinais para diagnóstico de sofrimento fetal (BRASIL, 2003). A cardiotocografia se apresenta como uma importante ferramenta na avaliação da vitalidade fetal. Este exame, quando realizado no momento da admissão da parturiente, é usado para identificação de situações que poderiam se beneficiar com uma monitorização mais contínua ou diagnosticar fetos com padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora" (padrão de frequência cardíaca fetal com desacelerações variáveis repetidas, desacelerações tardias, taquicardia ou bradicardia). Porém, parturientes de baixo risco, não se beneficiam do uso rotineiro de cardiotocografia na admissão, pois não há melhora dos resultados perinatais.

Atenção para o registro dos valores identificados no prontuário. Toque vaginal:

O toque vaginal é um dos procedimentos diagnósticos essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto. O número de exames vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio do parto. A progressão da dilatação e a descida da apresentação fetal deverão ser avaliadas por meio do toque genital, que pode ser realizado em geral a cada 34 horas. Porém, o número de toques irá da depender da evolução do trabalho de parto. Convém considerar que a avaliação da progressão deste período também deve ser realizada pela observação da mulher, sua aparência, comportamento, contrações uterinas, presença de amniorrexe ou outro fator que faça diferença para tomada de decisão. Em geral, deve-se evitar exame vaginal em excesso devido ao risco de infecção e ao desconforto ocasionado na mulher. É importante ressaltar que, durante o toque vaginal, deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição, as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico, quando a bolsa estiver rota.

Amniotomia:

A sua indicação permanece controversa, apesar de permitir uma monitorização direta do liquido amniótico; tal intervenção está associada a desvantagens, tais como o aumento na deformação da cabeça fetal, alterações na frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão. Não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação de período de dilatação. Portanto, deve haver um motivo válido para interferir com o momento espontâneo de ruptura das membranas. Em mulheres em trabalho de parto com mais de 6 horas de amniorrexe recomenda-se o uso de antibioticoterapia. O medicamento de escolha é

Cefazolina 1g endovenoso de 6 em 6 horas até ao parto. Quando houver decisão de realizar a amniotomia deve-se certificar de que o polo cefálico esteja na altura da bacia e que este procedimento deve ser realizado no momento da contração uterina.

Posição da Parturiente:

De acordo com as possibilidades clínicas da parturiente, deve-se permitir e aconselhar que ela escolha a posição mais confortável. A equipe de saúde deve ter conhecimento de que a posição menos recomendada é a que a paciente permaneça deitada, como que à espera do momento das contrações. A deambulação auxilia na evolução do trabalho de parto. A contração uterina é incômoda e nem sempre a mulher encontra uma posição confortável

com facilidade. A equipe de saúde deve compreender esta situação e auxiliar a parturiente no decorrer desse processo. Nesse aspecto, as práticas alternativas para alívio da dor podem auxiliar, e serem aplicadas com a paciente sentada, em pé e também no leito. Deve-se explicar à parturiente e ao acompanhante que essas práticas possuem embasamento nos conhecimentos atuais da atenção ao parto, estimular seu uso, porém, respeitar a vontade da mulher quanto ao uso das mesmas.

Práticas Alternativas no Alívio da Dor:

Os métodos ou práticas alternativas e não farmacológicas, para o alívio da dor do parto, são amplamente difundidas em todo o mundo. Existem variadas técnicas usadas para alívio da dor; elas dependem do local do parto, do conhecimento da equipe, da cultura da mulher, do respeito a essa cultura e da assistência ao parto de baixo ou alto risco. A OMS privilegia e recomenda essas práticas (OMS, 1996). Diferentes formas de cuidados ao alívio da dor são empregadas com comprovação científica. A hipnose, acupuntura, a acupressão, audioanalgesia, relaxamento e massagem mostram-se efetivas, aumentado o grau de satisfação da paciente. A eficácia da aromoterapia ainda não foi claramente estabelecida e necessita de estudos mais aprofundados. Deve-se considerar que o suporte contínuo intraparto e as posições alternativas se associam ao alívio da dor e maior grau de satisfação materna. Algumas mais conhecidas e utilizadas são as seguintes:

a) Imersão em água com temperatura controlada pode ser benéfica;

b) Utilização da bola Suíça: serve como recurso adicional à posição vertical, estímulo ao relaxamento da musculatura perineal, acomodação do polo cefálico e massagem dos nervos sacros espinhais;

c) Uso do Cavalinho: estimula o conforto, o relaxamento e, como posição, ajuda na realização das técnicas de massagem na região lombar e sacral;

d) Barra de LING: ajuda no apoio, quando a paciente se encontra de pé. Suas barras servem para alongamento e sustentação durante os esforços, no período da contração uterina e puxos;

e) Musicoterapia: se presta como técnica de relaxamento;

f) Massageadores: têm ação no relaxamento e os impulsos nervosos gerados pela massagem competem com mensagem da dor, gerando alívio. Pode ser realizado pela equipe de saúde ou ser ensinada ao acompanhante. Geralmente é mais utilizada na região lombar, trapézios e panturrilhas;

g) Banho de chuveiro com água morna: promove alívio da dor, por meio da vasodilatação periférica, que leva ao relaxamento muscular. Desta forma, reduz a liberação de catecolaminas e eleva as endorfinas, diminuindo a ansiedade materna. A paciente deverá permanecer por, no mínimo, 20 minutos sob a ducha morna e direcionando a água para a região lombar ou abdômen inferior.

O desejo da paciente é a maior indicação;

h) Procurar explicar, à paciente, a importância da respiração no momento das contrações e no intervalo das mesmas. Os exercícios respiratórios auxiliam na redução da sensação dolorosa, diminuem a ansiedade, melhoram os níveis de saturação materna de oxigênio.

Infusão Intravenosa de Ocitocina:

A ocitocina deve ser usada para corrigir a dinâmica de trabalho de parto, em instituições onde houver acesso ao parto cesáreo. Esta é uma preocupação razoável, dada à natureza imprevisível do trabalho de parto manejado artificialmente. Os estudos que analisaram o uso, apenas de ocitocina, para condução do trabalho de parto são raros e pouco consistentes. Quando se realiza a amniotomia e a dinâmica uterina não se apresenta adequada para o momento, podemos oferecer, à paciente, a possibilidade do uso da ocitocina. Ensaios clínicos randomizados, analisando uso de ocitocina após a amniotomia, sugerem que ocorre redução do primeiro estágio do trabalho de parto, sem afetar a taxa de cesárea, satisfação materna e outros indicadores de morbidade materna e neonatal. A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina. Quando se escolhe usar a ocitocina, a dose deve ser de 5UI em 500 ml de soro glicosado em bomba de infusão ou equipo comum. Existem pelo menos 14 esquemas de aumento de dose de ocitocina testados e publicados na literatura, sem claras vantagens de um sobre o outro. A dose deve ser aumentada geometricamente ou aritmeticamente a cada 15 a 60 minutos e, deve-se lembrar que, a meia vida da ocitocina é cerca de cinco minutos e sua concentração é rapidamente reduzida pela ação da ocitocinase. Como efeito adverso, podemos ter taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar até ruptura uterina. Para o feto, o efeito colateral mais comum é o sofrimento fetal agudo, motivado pela hiperssistolia, taquissistolia ou hipertonia uterina.

Uso da Prostaglandina:

Em nosso meio, a droga escolhida é um ester metílico da prostaglandina E1. A dose usada para amadurecimento do colo, em pacientes com gestação a termo, é de 25µg de 6 em 6 horas, colocado no fundo de saco vaginal, sendo, o comprimido, previamente umedecido com água. O tempo de uso é de 24 horas e, se não desencadear o trabalho de parto, poderá ser realizado com intervalo de 24h e retornar à prescrição anterior. A vitalidade fetal deverá ser acompanhada, rigorosamente, como também as condições maternas. A prostaglandina pode apresentar efeitos colaterais como: taquissistolia; hipertonia uterina; hipertermia; tremores; náuseas vômitos e diarreia.

Assistência ao Segundo Período do Parto

O segundo período do trabalho de parto se inicia com a dilatação completa (10 cm), e termina com a expulsão fetal. Após avaliação contínua da classificação de risco do parto para mãe e feto, a equipe de saúde deve realizar acompanhamento contínuo dessa fase. É o período que, em geral, a parturiente necessita de mais apoio daqueles que a assistem. Não existe consenso sobre o manejo ideal desse período, e sua acurácia ainda deve ser estabelecida em estudos prospectivos. A duração considerada como normal" continua indeterminada. Até que os estudos sejam concluídos, a conduta no período expulsivo, principalmente no período expulsivo prolongado, dependerá da experiência, da habilidade e do julgamento de quem está conduzindo o parto. De acordo com o ACOG, a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em multípara com analgesia e uma hora em multípara sem analgesia acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). No entanto, estes limites podem variar de acordo com a resposta individual de cada parturiente e observou-se que, quando a duração é maior que três horas, elevou-se a morbidade materna e fetal, aumentando, assim, o risco de parto instrumental. Quanto à posição adotada pela mulher no período expulsivo, a recomendação do MS é que, nos partos sem contraindicações, (Iminência de eclâmpsia, hipotensão postural, anemias graves, etc.) a paciente deve assumir a posição que lhe for mais confortável, com a recomendação de que

a posição supina reduz a contratilidade uterina e o fluxo sanguíneo placentário. As posições lateral, vertical, semi-sentada, de cócoras e de quatro apoios podem trazer benefícios para o parto, embora os ensaios randomizados de posturas alternativas, para o segundo período do parto, não tenham sido de boa qualidade. O parto na água é de difícil implementação nos serviços atuais, considerando-se as normas de biossegurança e parto, e a morbidade materna e fetal. A frequência do acompanhamento da ausculta fetal durante o período expulsivo carece de ensaios randomizados. As recomendações do Ministério da Saúde são que, seja realizada a cada 5 minutos, durante um minuto, e no intervalo das contrações. A depender da posição adotada pela mulher e do bem estar fetal, existe a possibilidade de mudanças no período de tempo da ausculta. A episiotomia não é recomendada rotineiramente, mas pode ser necessária em determinadas situações (OMS, 1996). Quando indicada, a paciente deve ser consultada, e devidamente informada da necessidade de realizar o procedimento. Uma revisão sistemática demonstra algumas indicações desse procedimento como: parto pélvico, macrossomia fetal, parto pré-termo, parto operatório (fórceps), ou ameaça de ruptura perineal grave. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), estabelece critérios para as indicações maternas e fetais, como evitar lacerações graves na mãe ou evitar partos difíceis. Assim, a decisão deve ser individualizada. A recomendação é que a episiotomia médio lateral não determina proteção contra o surgimento de incontinência urinária de esforço, incontinência fecal e prolapso genital, após o terceiro mês do parto, estando associada à maior frequência de dispareunia e dor perineal. Quando realizada, a episiotomia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada à menor dor no pósparto, e o material da sutura deve ser fio absorvível(poliglicólico e poliglicana), pois provoca menos dor. Não existe uma melhor técnica" para prevenir o trauma perineal. A recomendação é que a decisão seja tomada pela mulher e pelo profissional que está conduzindo o parto, com base no conforto materno e na necessidade de um desprendimento do polo cefálico, de forma menos traumática. Portanto, massagens perineais, compressas e uso de lubrificantes, todas carecem de comprovação científica, embora, na prática diária, tenham se mostrado importantes em situações específicas.

Assistência ao Terceiro Período do Parto

O terceiro período do parto inicia-se após a expulsão de feto e termina com o desprendimento da placenta. As recomendações da OMS e da FIGO, para o manejo ativo desse período, se pautam em evidências científicas do potencial de redução da morbimortalidade materna e fetal. Essas recomendações compreendem as seguintes intervenções: administração profilática de ocitócicos após a expulsão fetal, clampeamento e secção do cordão umbilical, tração controlada do cordão umbilical e massagem do fundo do útero (OMS, 1996). O clampeamento tardio do cordão umbilical pode ser particularmente importante, em lugares com poucos recursos e acesso limitado à tecnologia cara, visto que o clampeamento tardio em recém-nascidos de baixo peso ao nascer, tem sido associado à redução de dias necessitando de oxigênio, menos dias ou diminuição da necessidade de ventilação mecânica, diminuição da necessidade de uso de surfactante e de transfusões, devido à hipotensão ou à anemia. A recomendação do Ministério da Saúde é que, se o recémnascido se encontra em boas condições, deve ser colocado 10 cm acima ou abaixo do nível da placenta, e a transfusão placentária se completa em 3 minutos. Atentar para situações onde o maior aporte sanguíneo, para o feto, possa ocasionar aumento da morbidade (Paciente HIV positivo; Isoimunização, mães diabéticas etc.). O contato pele a pele entre mãe e filho é importante por várias razões: o bem estar psicológico, pelo recebimento rápido do seu filho, estabelecendo vínculo

precoce; a regulação da temperatura do recém-nascido; o estímulo precoce ao seio, o desejo imediato da mãe, em olhar seu bebê e saber que realmente está tudo bem. Nesse momento, deverá ser realizado o primeiro contato ao seio, com apoio à mãe, para assegurar confiança na introdução à boa pega do mamilo; posição adequada do recém-nascido ao seio e desmitificação de ideias que carregamos ao longo de nossas vidas. A hemorragia pós-parto é a maior causa de mortalidade materna no mundo. Representa 25% de todas as mortes maternas, e a atonia uterina é a causa mais comum. De acordo com a recomendação atual da OMS, devem ser realizados os seguintes passos: Administração de uterotônicos - 10UI de ocitocina intramuscular logo após o parto; tração para baixo, de forma suave, do cordão umbilical ao mesmo tempo em que se estabiliza o útero com a outra mão, exercendo contração sobre o osso pubiano da mãe; massagem uterina, realizada imediatamente após a expulsão da placenta. Por fim, nesse período, é imprescindível o exame da placenta, para avaliarmos se não houve retenção de cotilédones ou de restos de membranas amnióticas.

Métodos Farmacológicos para Alívio da Dor:

Existe um consenso de que o método farmacológico indicado para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, seria a analgesia peridural ou técnica combinada (raquidiana e peridural). Alguns entraves metodológicos têm dificultado a obtenção de interpretação de evidências, uma vez que, a maior parte dos estudos publicados, compara técnica peridural ou combinada com outros métodos farmacológicos, de forma que o grupo ideal de controle não pode ser incluído. A conclusão é de que, a analgesia peridural fornece alívio mais significativo da dor que outras formas de analgesia não peridural, que a técnica combinada associou-se a alívio mais rápido e efetivo da dor, e provocou menos retenção urinária. Não foi observado maior índice de cesáreas por falha de progressão no trabalho de parto, quando se utilizou a analgesia peridural. A Raquianestesia é adequada no final do primeiro estágio do trabalho de parto e durante o período expulsivo. É efetiva quando se pretende ter um bom relaxamento perineal, tendo a apresentação fetal já iniciada, a progressão dentro do canal de parto. Deve ser recomendada quando o parto é operatório a Fórceps, e nas revisões do canal de parto e do colo do útero. Um dos inconvenientes é que, se o nível de bloqueio ficar alto, pode haver perda da prensa abdominal com dificuldade de expulsão fetal, retardo no período expulsivo e cefaleia pós-raque.

Assistência ao Quarto Período do Parto

Na primeira hora do pós-parto, também chamado período de Greenberg, ocorrem fenômenos importantes que necessitam de vigilância. A diminuição da hemorragia uterina dá-se por miotrombotamponamento e momentos de alternância de indiferença uterina, ocasionada pela alternância de contrações e relaxamento do útero. É de suma importância a vigilância neste período, pois é neste momento que algumas mulheres iniciam as hemorragias vaginais, e os cuidados devem ser tomados imediatamente, para evitar desfecho de morte. Este período deve ser de deslumbramento entre mãe e filho, de encontro com o pai e de formação dos primeiros vínculos. De preferência, deve ser oferecida alimentação e conforto, não havendo necessidade de tomar banho de chuveiro com urgência. Aos profissionais de saúde, cabe o respeito pelo momento e a vigilância no aparecimento de intercorrências. Se a paciente ocupa sala de PPP, deverá permanecer nela. Caso contrário, após a primeira hora, deverá seguir de maca ou de cadeira de rodas para o seu leito, juntamente com seu recém-nascido.

PROCEDIMENTO: Assistência ao RN na sala de parto

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

O preparo para a assistência ao recém- nascido, na sala de parto, deve incluir:

- Acolher a gestante;
- Identificar os fatores de risco através da anamnese adequada (sempre que possível, o pediatra deve conversar com a gestante, buscando

informações sobre a gestação e antecedentes maternos, além de prestar-lhe esclarecimentos);

- Consultar o cartão da gestante, checar e registrar os exames realizados no pré-natal;
- Buscar informações no prontuário obstétrico;
- Checar os materiais de reanimação; - Seguir protocolo de atendimento ao recém-nascido em sala de parto.
- Pelo menos um profissional capacitado em todos os passos da reanimação neonatal, com atenção voltada exclusivamente para o neonato.
- Equipamentos: o material deve estar preparado e testado antes do parto e encontrar-se em local de fácil acesso:

- Fonte de calor radiante - berço aquecido
- Fonte de oxigênio com fluxômetro
- Aspirador a vácuo com manômetro
- Sonda traqueal nº 8 e 10
- Balão autoinflável com capacidade máxima de 750ml com reservatório de oxigênio e máscaras adequadas ao RNT e RNPT
- Material para intubação endotraqueal comlaringoscópio, lâmina reta (nº 00, 0 e 1)
- Adaptador para aspiração traqueal
- Cânulas orotraqueais sem cuff (nº 2.5; 3.0; 3.5; 4.0)
- Pilha e lâmpada sobressalentes
- Material para fixar a cânula
- Seringas (1, 5, 10 e 20mL)
- Cordclamp umbilical
- Oxímetro de pulso
- Cateter umbilical ou sonda gástrica número 4 ou 6

- Adrenalina (1: 1.000)
- Expansores de volume: soro fisiológico

Atendimento ao Recém-nascido em Sala de Parto

Ao RN apresentando boa vitalidade e não necessitando de qualquer manobra de reanimação, deve-se: posicioná-lo sobre o abdome materno, no contato pele a pele em temperatura ambiente ou de 26 graus, e cobertos com campos pré aquecidos, a ligadura do cordão realizada com um a três minutos.

Caso o RN seja prematuro ou com respiração irregular ou ausente ou hipotônico, começar os passos iniciais da reanimação em 30 segundos:

- Prover calor
- Posicionar a cabeça do RN, em leve extensão do pescoço.
- Aspirar boca e narinas, SE necessário.
- Secar e remover os campos úmidos
- Reposicionar a cabeça do RN

Reavaliar e dar prosseguimento às rotinas, de acordo com o protocolo do Programa de Reanimação Neonatal. Para RN prematuro com peso menor que 1.500g:

- Manter a sala em temperatura de 26°C
- Recepcionar em campos aquecidos
- Fonte de calor radiante
- Envolver imediatamente o RN em saco plástico poroso, sem secar o RN.
- Secar a cabeça e colocar touca
- Realizar todas as manobras de reanimação necessárias com o RN envolvido em saco plástico
- Transportar o RN em incubadora de transporte, aquecida.

Assistência ao Recém-nascido com Líquido Amniótico Meconial

Deve-se fazer a ligadura imediata do cordão, levar o RN para o berço de calor radiante e avaliar vitalidade:

- Se RN com boa vitalidade (FC maior que 100 e tônus em flexão e respiração regular), dar sequência aos passos iniciais da reanimação.
- Se RN não vigoroso (FC menor que 100 e/ou hipotônico e/ou respiração irregular ou ausente), o pediatra deve aspirar o mecônio residual da hipofaringe e da traqueia sob visualização direta, uma única vez. Em seguida, secar e remover os campos úmidos, reposicionar e avaliar FC e respiração, dando sequência de acordo com o fluxograma da reanimação.

Realização e Registro do Índice de Apgar

O Índice de Apgar deve ser registrado no primeiro e quinto minutos de vida, com o objetivo de avaliar a vitalidade do RN. Se o Apgar for menor que 7 no quinto minuto, deve-se prosseguir com a avaliação até o vigésimo minuto de vida ou até que o Apgar esteja maior ou igual a 7.

Cuidados Gerais com o RN:

- Contato pele a pele o mais precoce possível: colocação do RN em contato direto no colo da mãe para aquecimento, reforçando o vínculo afetivo entre mãe e bebê e facilitando o aleitamento materno.
- Retardar os procedimentos de rotina como banho e mensurações do RN, permitindo o contato pele a pele por um maior tempo e a estabilização da temperatura corpórea do RN.
- A amamentação, sempre que possível, deve ser iniciada na primeira hora de vida.
- Profilaxia da hemorragia – vitamina K (1mg, intramuscular) – aplicação no músculo vasto-lateral da coxa esquerda.
- Profilaxia da oftalmia neonatal – aplicação da solução de iodo-povidine 2,5%, uma gota em cada olho, logo após o nascimento.
- Verificação da permeabilidade do trato gastrointestinal: -Passagem de sonda gástrica para pesquisa de atresia de esôfago (incidência de 1: 4.000) e medição do conteúdo gástrico para pesquisa de obstruções intestinais. -Checar a permeabilidade do ânus.
- Classificação sanguínea materna e do recém-nascido
- VDRL materno do dia do parto
- HIV materno do dia do parto
- Alojamento Conjunto
- Alta Hospitalar com 48 horas de vida (Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993).

CUIDADOS

A alta hospitalar precoce (entre 24 e 48 horas de vida) pode ser avaliada desde que preencha critérios mínimos que reflitam o bom estado do RN, ausência de fatores de risco e garantia de retorno ambulatorial para reavaliação em 48 a 72 horas após a alta.

1.7.6 Procedimento Médico: Atenção Primária

CONSULTA MÉDICA EM ATENÇAO BÁSICA		CÓDIGO SIGTAP: Vide público Alvo	CBO: Médico
AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	MATERIAIS NECESSÁRIOS	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇAO BÁSICA	-consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado); -consulta c/ identificação de casos novos de tuberculose; -consulta medica em saude do trabalhador; -consulta medica em atençao basica; -consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura); - consulta para avaliação clínica do fumante; -consulta prenatal; -consulta puerperal; -consulta	-Protocolos clínicos; -Computador; -Estetoscópio; -Esfigmomanômetro; -Otoscópio; -Oftalmoscópio; -Termômetro; -Caneta azul ou preta; -Impressos (formulário de referência e contrareferência, receituários, atestado médico, pedido de exames, APAC, etc); -Negatoscópio; -Maca fixa, mesa e cadeiras; -EPI.	Acolher o paciente, higienizar as mãos; Atender de acordo com o agendamento e/ou fluxo de demanda espontânea (organizar a consulta) Entrevistar Coletar a história Examinar adequadamente Elaborar diagnóstico diferencial Utilizar os protocolos clínicos / experiência como referência para pedidos de exames, prescrições e encaminhamentos Medicar adequadamente Preencher todos os impressos entregues ao paciente com letra legível Esclarecer todos os questionamentos dos pacientes em relação ao diagnóstico, pedidos de exames, medicamentos prescritos e necessidade de retorno Preencher prontuário descrevendo todos os dados significativos de acordo com orientação do Código de Ética Médica. Caso seja utilizado prontuário de papel, descrever com letra legível, além do registro obrigatório da data, horário do

	/atendimento domiciliar.		atendimento, assinatura e carimbo médico; -REGISTRAR NO SITEMA. Observação: Utilizar sempre EPI e calçado fechado

Referências: I. Gusso, Gustavo. II. Lopes, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática - Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v

1.7.7 Procedimento Médico: Plantões De Sobreaviso:

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição do hospital, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Considerando estar o médico durante toda a jornada do plantão de sobreaviso disponível a qualquer momento em que for requisitado, para a remuneração deve-se considerar tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.

Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a aparecer ao local de plantão, deverá receber o valor correspondente e acertado pelas partes. Mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, estava ele à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitaram de outras atividades.

O médico ainda deve receber os honorários pelos procedimentos praticados, quando requisitada sua presença na instituição.

O médico de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Os pareceres do CRM são unânimes ao alertar para os riscos de omissão de socorro, especialmente nos casos de sobreaviso.

Portanto, se o médico de sobreaviso é chamado e protela o atendimento, demorando ou mesmo não comparecendo, resultando danos ao paciente, o profissional poderá ser responsabilizado civilmente, eticamente e penalmente.

O profissional deve comunicar com antecedência ao diretor técnico para que haja a devida substituição no período ausente, para evitar quaisquer intercorrências e responsabilidades.

1.7.8 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica

- Acompanhar os pacientes no Serviço ou em outros Serviços,.
- Atender nos ambulatórios especializados, se possível sob supervisão direta do estafe.
- Participar, se programado, das atividades de laboratório elou de procedimentos especializados.
- Participar de todas as reuniões da Seção e do Serviço.
- Participar dos plantões do Serviço.
- Supervisionar, participando ativamente os residentes.

- Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas da enfermaria onde estiver lotado e zelar pelo 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 indicado solicitar exames especiais
- Anotar na papeleta os exames solicitados e ordens medicas
- Prescrever o tratamento inicial e a dieta.
- As notas de admissão de pacientes após as 16 horas serão feitas pelo plantonista

Na rotina da manhã - fazer a história clínica completa no impresso próprio, anotar detalhada e diariamente a evolução clínica, o tratamento prescrito e os novos exames solicitados. Às sextas-feiras fazer um resumo de tudo que aconteceu ao paciente e das mudanças de conduta eventualmente ocorridas, após discussão de cada caso na reunião da seção.

Por ocasião da alta, preencher o sumário em todos os seus campos e fazer um resumo do caso no verso da folha do Sumário de altas deverão ser dadas até às 11 horas e entregues na sala da chefia do Serviço. .

Participar das escalas de plantão e cumprir as normas do regulamento dos plantonistas.

Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas das enfermarias onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do Serviço.

Consultar o plantonista administrativo do hospital, o chefe do plantão geral, a chefia do serviço I seção ou a chefia da Residência em caso de ocorrências que escapam à sua competência.

Encerrada a visita da manhã, os residentes deverão:

- Estudar detalhadamente os casos sob sua responsabilidade, de modo que possam relatá-los de memória quando solicitado ou couber discutir nas reuniões;
- Fiscalizar a execução das ordens médicas e visitar os doentes que necessitam de cuidados especiais (fora do horário da rotina) inclusive;
- Fazer revisão de prontuários e observações, preparar os sumários de alta e os casos para . apresentações em reuniões;
- Procurar, se necessário, no laboratório ou em outros serviços os resultados de exames elou as respostas a pareceres solicitados, fixando-os nas papeletas e prontuários;
- Se necessário, fazer a colheita de material para exames de urgência, a qualquer hora do dia ou da noite; levá-lo pessoalmente ao laboratório, ou providenciar sua entrega imediata, bem como tomar conhecimento dos resultados tão logo estejam

prontos e transcrevê-los ou anexá-los à papeleta; deverão ser contornados todos os obstáculos e envidados todos os esforços para a realização imediata dos exames de urgência, inclusive radiografias,

Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

IMPORTANTE: As escalas para atendimento nos plantões, ambulatórios e enfermarias devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio a Chefia do Serviço.

Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

2 ROTINA OPERACIONAL

2.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)		Revisão: Data:

Executante

Diretoria de Medicina

Resultados esperados

Solicitação de Exames (exceto exames de imagem)

Recursos Necessários Mesa, cadeira, caneta .

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. Para solicitar exames ,exceto exames laboratoriais, o médico deverá preencher a solicitação padrão de exames e a solicitação de procedimentos especiais constando justificativa clínica completa, sendo necessária assinatura do médico responsável pelo paciente (staff)

2. A solicitação será entregue na recepção da Direção (SAAD) que encaminha para avaliação da Diretoria de

Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares, ou mesmo negar autorização e devolver justificativa ao solicitante

3. Após autorizado pela DA, a secretaria da direção deve avisar a Unidade Solicitante, que deverá buscar a solicitação autorizada para efetuar agendamento.

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

2.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Medicamento não Padronizado		Revisão: Data:

Executante

Diretoria de Medicina

Resultados esperados

Estabelecer o fluxo para solicitação de medicamentos não padronizados no hospital **Recursos Necessários**

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1. O médico da unidade ou Serviço solicitante deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar ao Serviço de Farmácia
2. O Serviço de Farmácia recebe, avalia (quanto ao preenchimento do formulário e envio da literatura científica, quanto a disponibilidade em programas do Ministério da Saúde, quanto ao saldo em estoque resultante de compras anteriores, quanto a disponibilidade comercial e/ou manipulação e encaminha para análise da CFT
3. A médica presidente da CFT analisa, emite parecer técnico e encaminha para Diretoria de Medicina (DM)
4. A DM avalia a solicitação com base no parecer da CFT, emite seu próprio parecer e encaminha novamente ao Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia providencia os encaminhamentos necessários conforme parecer final da DM: se aprovada a solicitação, providencia o pedido de compras e encaminha ao Serviço de Compras se negada a solicitação, encaminha a cópia do parecer da CFT e DM para ciência do médico solicitante

5. O Serviço de Compras realiza a cotação com pelo menos três fornecedores, encaminha ao Serviço de farmácia para análise técnica do medicamento

6. O Serviço de Farmácia analisa as cotações recebidas e identifica o fornecedor que apresentou a melhor proposta (compatibilidade com a especificação do medicamento solicitado e menor preço) 7. O Serviço de Compras emite o empenho ao fornecedor para a entrega do medicamento no Serviço de Farmácia 8. O Serviço de Farmácia recebe o medicamento solicitado e comunica à Unidade onde o paciente está internado 9. O médico solicitante prescreve diariamente o medicamento conforme rotina de prescriçãomédica para paciente internado 10. A enfermagem encaminha a segunda via da prescrição médica ao Serviço de Farmácia, diariamente, para retirada do medicamento para 24 horas até a alta hospitalar.
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

2.3 Solicitação de Exames de Imagiologia

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Exs de Imagiologia		Revisão:
		Data:

Executante Diretoria de Medicina **Resultados esperados** Fluxo de solicitação de exames **Recursos Necessários**

ETAPAS DO PROCEDIMENTO . 1. O médico solicitante deve preencher a solicitação de exames padrão e a solicitação de procedimentos especiais que se encontra no prontuário do paciente, com a devida justificativa clínica e indicação do exame completa contendo todas as informações relevantes. 2. Os dois documentos devem ser levados para a Secretaria da Direção (em caso de procedimentos especiais) , conforme fluxo de entrega de documentos de cada Unidade de Internação. Os documentos serão avaliados pela Diretoria de Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares chamando a equipe solicitante. 3. Após autorizado pela DM, a secretaria da direção coloca o carimbo contendo a clínica para a qual o exame foi autorizado . Esta orientação será dada pela DM.
4. As unidades de internação são avisadas de que a solicitação está autorizada para que possam buscá-las e providenciar o agendamento do exame solicitado.
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

2.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Padronização de Medicamentos		Revisão: Data:

Executante Diretoria de Medicina **Resultados esperados**

Estabelece o fluxo de Padronização de Medicamentos n **Recursos Necessários**
ETAPAS DO PROCEDIMENTO . 1. O médico ou outro profissional de saúde deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar à CFT 2. A solicitação de padronização de medicamentos poderá ser entregue à CFT. A análise da solicitação será realizada em reunião ordinária mensal da CFT. Quando necessário, uma outra reunião extraordinária poderá ser realizada em conjunto com o médico solicitante e/ou chefia da especialidade e ainda outros profissionais convidados 3. Após deliberação da CFT se aprovada a padronização, a relatora da CFT cadastra o medicamento,
especificando e codificando no Sistema Hospitalar, comunica a Chefia da Seção de Dispensação e Central de Abastecimento Farmacêutico/Serviço de Farmácia através de memorando para providências de aquisição. Caso seja negada a inclusão do medicamento, a CFT irá emitir um parecer técnico e a relatoria irá encaminhar ao solicitante , para ciência da análise realizada pela CFT
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

3 PROTOCOLOS CLINICOS - AMBULATORIAIS

3.1 INTRODUÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de especialidades clinicas, das unidade Assistenciais Policlínicas Estaduais Regionais de Goiás. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas e de colaboradores do "***setor de qualidade do INSTITUTO CEM***".

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – "Protocolos da ambulatoriais" que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pela unidades já em funcionamento geridas pelo **INSTITUTO CEM** e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia com foco nos ciclos de vida da criança, a mulher e o idoso.

Considerando o direito, à saúde, estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo poder público, previsto no artigo 196 da Carta Magna. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde e com isso a necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas e, para isto é preciso um envolvimento de todos.

Esta é uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida, periodicamente, com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando atualização permanente para a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento uma vez que procurou-se abordar os temas mais frequentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Balizadores:

1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS	ESCORE

Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	**TOTAL MÍNIMO**	**INTUBAÇÃO**
15	**3**	**8**

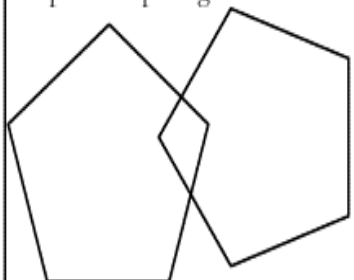
ENCAMINHAR A CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)
1) HAS de difícil controle terapêutico
- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg
- PAD > 100 mmHg associada a insuficiência

2) Infarto prévio do miocárdio
3) ICC classe funcional II e III
4) Angina
5) Cardiopatia congênita
6) Valvopatia grave
7) Revascularização miocárdica
8) Cirurgia cardíaca prévia
** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL
- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg
Não administrar Nefedipina sublingual ou similar
Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina
Não administrar diurético
Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)
Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

2. MEEM

Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: 100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

3. ESCALA DE DOR

A ESCALA DA DOR
0 - sem dor.
Dor leve - irritante, mas não interfere nas atividades diárias.
1 - A dor é muito leve, quase imperceptível. Na maioria das vezes você não pensa sobre isso.
2 - Dor menor. Irritante e pode ter ocasionais pontadas mais fortes.
3 - A dor é perceptível e distrai, no entanto, você pode se acostumar e se adaptar.
Dor Moderada - Interfere significativamente nas atividades da vida diária.
4 - Dor moderada. Se você está profundamente envolvido em uma atividade, ela pode ser ignorada por um período de tempo, mas ainda assim é uma distração.
5 - Dor moderadamente forte. Não pode ser ignorado por mais do que alguns minutos, mas com esforço você ainda consegue trabalhar ou participar de algumas atividades sociais.
6 - Dor moderadamente forte que interfere nas atividades diárias normais. Dificuldade de concentração.
Dor Severa - Desativadora; incapaz de realizar atividades de vida diária.
7 - Dor intensa que domina os sentidos e limita significativamente sua capacidade de realizar atividades diárias normais ou manter relações sociais. Interfere com o sono.
8 - Dor intensa. A atividade física é severamente limitada. Conversar requer grande esforço.
9 - Dor excruciante. Não é possível conversar. Chorando e / ou gemendo incontrolavelmente.
10 - Dor indizível. De cama e possivelmente delirante. Muito poucas pessoas experimentarão esse nível de dor.
SEM DOR
DESCONFORTÁVEL
ANGUSTIANTE
INTENSA
TOTALMENTE HORRÍVEL
INIMAGINÁVEL INDESCRITÍVEL

3.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER

3.3 ANESTESIA

3.3.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ANESTESIA LOCAL **PEQUENAS CIRURGIAS**	
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo: aplicação do procedimento de sedação ambulatorial/anestesia local

- Melhorar a qualidade do cuidado e satisfação do paciente através do alívio da dor e da ansiedade, facilitando procedimentos terapêuticos ou diagnósticos oportunos e bem-sucedidos, especificamente em pequenas cirurgias ambulatoriais, exames endoscópicos e de imagem em pacientes não cooperativos.

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante;

Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

???

Monitorizar os sinais vitais.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4 CARDIOLOGIA

4.1 CARDIOLOGIA GERAL

4.1.1 Insuficiência cardíaca

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Insuficiência cardíaca***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• Diagnóstico e tratamento de Insuficiência cardíaca

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.
Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Hipertensão arterial sistêmica (HAS)*** ***de difícil controle e secundária.***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• Diagnóstico e tratamento de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa

Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4.1.3 Arritmias

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Arritmias***	
POP		Emissão:

04/2021	EXECUTANTE: **MEDICO**	xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• Diagnóstico e tratamento de Arritmias

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES

	CARDIOLOGIA GERAL ***Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA

4.2.1 Doença aterosclerótica coronariana

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA CORONARIANA ***Doença aterosclerótica coronariana.***	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• Diagnóstico e Tratamento de Doença ***aterosclerótica coronariana***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contra referência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

4.3 CARDIOLOGIA VALVULAR –

4.3.1 Doença orovalvular

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA VALVULAR ***Doença orovalvular.***	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença orovalvular.

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5 DERMATOLOGIA

5.1 DERMATOLOGIA GERAL

5.1.1 Micoses superficiais, Micoses profundas.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Micoses superficiais, Micoses profundas.***	
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Micoses superficiais***, ***Micoses profundas.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Exame direto e cultura de fungos.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.2 Dermatoses eritematoescamosas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Dermatoses eritematoescamosas***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dermatoses eritematoescamosas***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Exames clínicos, laboratoriais, histopatológicos
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.3 Dermatoviroses; Piodermites

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Dermatoviroses; Piodermites***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Dermatoviroses; Piodermites***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: não há

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.4 Dermatoviroses

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Dermatoviroses.***	
POP		Emissão: xx/xx/21

04/2021	EXECUTANTE: **MEDICO**	Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dermatoviroses.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: não há
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.5 Prurido/eczema.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES

	DERMATOLOGIA GERAL ***Prurido/eczema.***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Prurido/eczema.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Exames clínicos, histopatológicos.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.6 Hanseniase; Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme); Lesões ulceradas (leishmaniose)

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Hanseniase; Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme); Lesões ulceradas (leishmaniose)***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento das doenças ***Hanseniase; Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme); Lesões ulceradas (leishmaniose)***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional. No caso da hanseníase descrever Eritema nodoso hansênico, neurite, graus de incapacidade I e II
Exames complementares sugeridos: não há
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.7 Psoríase

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA GERAL ***Psoríase***	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento das doenças ***Psoríase***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio

- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto das lesões e sua evolução e, a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Exame clínico e histopatológico.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

5.1.8 Neoplasias cutâneas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	DERMATOLOGIA ONCOLOGICA ***Neoplasias cutâneas***	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Neoplasias cutâneas***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Descrever o aspecto e a localização das lesões e a presença de linfonodos e a Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Histopatológico, imuno-histoquímica, radiologia
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6 ENDOCRINOLOGIA

6.1 ENDOCRINOLOGIA GERAL

6.1.1 Obesidade com comorbidade

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA GERAL ***Obesidade com comorbidade.***	
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Obesidade com comorbidade.*** (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados) e com inserção no protocolo da cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório)

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Não há
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.1.2 Doenças gonadais

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA GERAL ***Doenças gonadais.***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças gonadais.***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hepatograma, ureia, creatinina, testosterona, ßHCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, sódio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, estradiol, TC, USG.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.1.3 Dislipidemias

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA GERAL ***Dislipidemias.***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dislipidemias.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, ureia e creatinina.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.2 ENDOCRINOLOGIA DIABÉTICA

6.2.1 DM I e DMII

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA DIABÉTICA ***DM I e DMII***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***DM I e DMII***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência tipo I e permanecer na unidade especializada tipo II
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.2.2 Diabetes pós-transplante

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA DIABÉTICA ***Diabetes pós-transplante***	

POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Diabetes pós-transplante***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: não ha
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.2.3 Diabetes gestacional.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA DIABÉTICA	

	Diabetes gestacional.	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Diabetes gestacional.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: 2 glicemias de jejum acima de 92 mg/dl. Curva glicêmica com 1 ponto alterado, jejum acima de 92 mg/dl, 1h acima de 180 mg/dl e 2h acima de 153 mg/dl.
Permanecer no nível especializado durante a gestação
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.3 ENDOCRINOLOGIA DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS

6.3.1 Alteração do metabolismo ósseo

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA DOENÇAS OSTEOMETABÓLICAS ***Alteração do metabolismo ósseo***	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Alteração do metabolismo ósseo***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: PTH elevado e cálcio, albumina, densitometria óssea
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
	Aprovação

Responsável pela aprovação:	Assinatura do representante:	Data:

6.4 ENDOCRINOLOGIA TIREOIDE

6.4.1 Casos suspeitos de doença da tireoide

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA TIREOIDE ***Casos suspeitos de doença da tireoide.***	
POP **08/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Casos suspeitos de doença da tireoide.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio

- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Hipo: mixedema, bradicardia, bulhas hipofonéticas, disfonia, hiporreflexia. Hiper: exoftalmia, bócio, taquicardia, arritmias, tremores de extremidades, hiperreflexia. Abscesso tireoideano com sinais flogísticos locais ou bócio doloroso com sinais de hipertireoidismo discreto. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hipo e hiper: TSH, T4 livre. Nódulos: USG de tiroide. Nódulo de tireoide com características suspeitas na USG de tireoide (nódulo maior que 1 cm, bordas irregulares, microcalcificações, vascularização central). Ca de tireoide: histopatológico.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.5 ENDOCRINOLOGIA HIPÓFISE/ ADRENAL

6.5.1 Casos suspeitos de neoplasias.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA HIPÓFISE/ ADRENAL ***Casos suspeitos de neoplasias.***	
POP **09/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Casos suspeitos de neoplasias.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos,Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH, GH.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.5.2 Doenças neuroendócrinas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ENDOCRINOLOGIA HIPÓFISE/ ADRENAL ***Doenças neuroendócrinas.***	

POP **10/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças neuroendócrinas.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Hipotensão arterial, hiperpigmentação, estrias violáceas, face em lua cheia. Afastar síndrome metabólica. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Sódio baixo, potássio elevado, cortisol sérico matinal abaixo de 5 mcg/dl. Cortisol sérico maior que 25 mcg/dl. Cushing: glicemia, hemograma, sódio, potássio, cortisol sérico, urinário e salivar, ACTH, RX de crânio, TC de tórax e abdome, RNM sela túrcica. Addison: sódio, potássio, glicemia, cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona. Hiperaldosteronismo: aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, sódio, potássio, TC, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina).
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7 GASTROENTEROLOGIA

7.1 GASTROENTEROLOGIA GERAL

7.1.1 Disfagia motora

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Disfagia motora.***	
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Disfagia motora.***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%   • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos,. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Risco cirúrgico.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.2 Disfagia/odinofagia

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Disfagia/odinofagia***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Disfagia/odinofagia***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%   • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos,. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EDA
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.3 Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos,Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, há cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe correlação entre o período de duração dos sintomas e o aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pH metria e manometria esofágica
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.4 Hemorragia digestiva para esclarecimento..

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Hemorragia digestiva para esclarecimento..***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Hemorragia digestiva para esclarecimento.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EDA e/ou colonoscopia.

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.5 Gastrite atrófica diagnosticada; Úlcera péptica.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Gastrite atrófica diagnosticada; Úlcera péptica.***	

POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Gastrite atrófica diagnosticada E Úlcera péptica.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.6 Diarreia crônica

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES

	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Diarreia crônica.***	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Diarreia crônica.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Diarreia com ou sem sangue, muco ou pus, tenesmo associado, com ou sem urgência fecal. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, EPF.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.1.7 Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio***.	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Distensão abdominal, avaliação de presença de massas abdominais. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, RX simples de abdome, colonoscopia.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante:	Data:

7.1.8 Pancreatite

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA GERAL ***Pancreatite***	
POP **08/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Pancreatite***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%   • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: amilase, lipase, triglicerídeos, BTF, fosfatase alcalina, teste de tolerância à glicose, glicemia, TGO, TGP, GGT, RX simples de abdome, USG abdome e TC do órgão
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.2 GASTROENTEROLOGIA (DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL)

7.2.1 Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA (DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL) ***Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável.***	
POP **09/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Colite ulcerativa: colonoscopia, enema opaco, hemograma, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina. Doença de Crohn: colonoscopia, enema opaco. Síndrome do cólon irritável: colonoscopia, enema opaco
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência

Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.3 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS

7.3.1 Icterícia para esclarecimento

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Icterícia para esclarecimento.***	
POP		Emissão: xx/xx/21

10/2021	EXECUTANTE: **MEDICO**	Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Icterícia para esclarecimento.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Provas de função hepática, USG abdome.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.4 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS

7.4.1 Ascite para esclarecimento

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES

	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Ascite para esclarecimento***	
POP **11/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Ascite para esclarecimento***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG abdome
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5 GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS

7.5.1 Nódulo hepático

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Nódulo hepático.***	
POP **12/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Nódulo hepático.***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%   • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Obesidade, DM, HAS. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Biópsia hepática, TC com estudo dinâmico hepático, RNM com estudo dinâmico com CD do exame.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.2 Doença gordurosa hepática não alcoólica

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Doença gordurosa hepática não alcoólica***	
POP **13/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Doença gordurosa hepática não alcoólica***

Recursos necessários:
• EPI's;   • Estetoscópio   • Álcool a 70%   • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Sinais de icterícia.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, GGT, BTF, USG de abdome.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.3 Síndromes colestáticas crônicas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Síndromes colestáticas crônicas***	
POP **14/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Síndromes colestáticas crônicas***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio

- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, hepatograma, USG de abdome, anticorpo antimitocôndria, colangiorressonância magnética.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.4 Hepatites crônicas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Hepatites crônicas.***	
POP **15/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Hepatites crônicas.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos, Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, antiHBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV, imunoglobulinas IgG, IgM, IgA, FAN, antimúsculo liso, anti-LKM 1, anticorpo antimitocôndria, ferro, ferritina, TIBC, alfa 1 antitripsina, USG de abdome, biópsia hepática ou fibroscan (dependendo da situação).
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.5 Hepatites agudas

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS ***Hepatites agudas***	
POP **16/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Hepatites agudas***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos TAP menor que 50% e/ou encefalopatia hepática, náuseas, vômitos, febre persistente. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT, bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações e sorologia para hepatites A, B e C: anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBc IgG e IgM, anti-HBs e anti-HCV
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.6 Cirrose hepática.

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA HEPATOLOGICAS	

	Cirrose hepática.	
POP **17/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Cirrose hepática.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é grave. Os principais sintomas são anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Sorologia para hepatites A, B e C, ferritina, anticorpo antimitocôndria, antimúsculo liso, anti-LKM, FAN, alfafetoproteína, USG de abdome, TC do órgão, biópsia hepática, hemograma, hepatograma, EDA, imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol, triglicerídeos e coagulograma.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

7.5.7 Hepatites virais B e C

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	GASTROENTEROLOGIA ***Hepatites virais B e C.***	
POP **18/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença ***Hepatites virais B e C.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, antiHBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

	Assinatura do representante:	Data:

8 HEMATOLOGIA

8.1 HEMATOLOGIA GERAL

8.1.1 Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames***	
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Presença de sufusões hemorrágicas, Avaliar sangramento,Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.2 Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames.***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia, Avaliar infecção, hepatopatia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.3 Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

• diagnóstico e tratamento da doença ***Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, Hemograma, reticulócitos, Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, reticulócitos.

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.4 Blastos no sangue periférico

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Blastos no sangue periférico.***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Blastos no sangue periférico.*** Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma,

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.5 Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta..***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Cansaço, fraqueza, astenia, dispneia, urina de coloração escurecida. Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramentoDeterminação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, LDH, Coombs direto
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.6 Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como***	

	insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Ureia, creatinina, glicose, FAN, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, albumina, TAP
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.7 Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.***	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar sangramento e história familiar de sangramento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.8 Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.***	
POP **08/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar febre, sudorese e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, sorologias para EBV, CMV, toxoplasmose, HIV, VDRL.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.9 Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica.***	Logo SES
POP **09/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica***

Recursos necessários:

- EPI’s;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI’s necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar febre, sudorese e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, USG de abdome superior
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.10 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***	
POP **10/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***

Recursos necessários:

- EPI’s;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI’s necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.11 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***	
POP **10/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.12 Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês***	
POP **11/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas seriados

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.13 Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .***	
POP		Emissão: xx/xx/21

12/2021	EXECUTANTE: **MEDICO**	Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Excluir infecção, ausência de febre. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.14 Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL	

	Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção	
POP **13/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Excluir infecção. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.15 Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES

	HEMATOLOGIA GERAL ***Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).***	
POP **14/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Afastar DPOC e cardiopatias cianóticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, RX de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8.1.16 Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias***	Logo SES
POP **15/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição. Sinais de trombose venosa e/ou arterial. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Não ha
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9 NEFROLOGIA

9.1 Alteração de exame de urina

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEFROLOGIA** ***Alteração de exame de urina***	Logo SES
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Alteração de exame de urina***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume), febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum, hemograma completo, cálcio, potássio, ácido úrico, colesterol total e frações e triglicerídeos.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.2 Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEFROLOGIA** ***Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado***.	Logo SES
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início dos sintomas, febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.3 Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEFROLOGIA ***Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão.***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início da doença de base e como foi conduzida. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.4 Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU)..

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEFROLOGIA ***Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU)..***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU)..***

Recursos necessários:

- EPI’s;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI’s necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina, colesterol total e frações, hemograma.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.5 Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEFROLOGIA *Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano*	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina, hemograma, cultura de urina com TSA, USG do aparelho urinário.

Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.6 Creatinina maior que 2 mg/dl ou clearence de creatinina menor que 60 ml/min

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEFROLOGIA ***Creatinina maior que 2 mg/dl ou clearence de creatinina menor que 60 ml/min.***	
POP		Emissão: xx/xx/21

06/2021	EXECUTANTE: **MEDICO**	Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Creatinina maior que 2 mg/dl ou clearence de creatinina menor que 60 ml/min.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados História sucinta

constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina, potássio, glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e hemoglobina glicosilada
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9.7 Doença renal policística; Rim Unico

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEFROLOGIA	

	Doença renal policística; Rim Unico	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Doença renal policística; Rim Unico***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, ureia, creatinina
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10 NEUROLOGIA

10.1 Cefaleia

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** NEUROLOGIA *Cefaleia*	Logo SES
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença *Cefaleia*

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Relatar achados importantes e informar PA. Caso seja realizado exame de fundo de olho e se encontrar papiledema, encaminhar paciente com exames para avaliação neurológica/neurocirúrgica em serviço de urgência. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, BTF, proteínas totais e frações), sorologias para sífilis, hepatite e HIV, ácido fólico, T4 livre, TSH, vitamina B12, eletroneuromiografia.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.2 Epilepsia, convulsão e desmaios

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** NEUROLOGIA *Epilepsia, convulsão e desmaios*	Logo SES
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Epilepsia, convulsão e desmaios***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Crises convulsivas de difícil controle (após uso de duas medicações anticonvulsivantes em doses plenas), suspeita de epilepsia sintomática, crises convulsivas como componentes de síndromes neurológicas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como TC de crânio, EEG e outros.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Doença de Parkinson.***	Logo SES
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Doença de Parkinson.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações posturais. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: NÃO HA
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Distonias***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Distonias***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Focal ou generalizada.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RNM de crânio.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Neuropatias já diagnosticadas em outro serviço e que necessitem de tratamento especializado, dores neuropáticas com refratariedade, parestesias recorrentes, progressivas, acompanhadas ou não de dor, cãimbras, paresias e paralisias em geral, excetuando-se as síndromes piramidais. Incluem-se principalmente as paraplegias arreflexas/hiporreflexas e as paresias/ paralisias segmentares e focais (facial, do nervo abducente etc.), bem como as disfagias e as disfonias mais arrastadas, amiotrofias generalizadas, segmentares ou focais que não sejam decorrentes de imobilização após AVE ou outra condição estranha ao sistema neuromuscular, quedas frequentes, perda do equilíbrio. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações), sorologias para hepatite e HIV, hormônios tireoidianos, vitamina B12, eletroneuromiografia
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor***	Logo SES
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor***

Recursos necessários:
• EPI's;

- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados História sucinta que especifique qual atraso do desenvolvimento neuropsicológico foi observado, qual é o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e os dados sobre o parto no primeiro ano de vida. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: TC de crânio
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Paralisia facial periférica.***	Logo SES
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Paralisia facial periférica.***

Recursos necessários:
• EPI's;

- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Mononeuropatia isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia. Não há outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: NÃO HÁ
Jamais encaminhar ao serviço de neurologia, manejar na UBS. Só encaminhar se houver eventos recorrentes ou outros achados neurológicos combinados.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Cisticercose.***	Logo SES
POP **08/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Cisticercose.***

Recursos necessários:
• EPI's;

- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Sintomas focais, meníngeos e crises epilépticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos TC de crânio, RNM e EEG
Retorno à UBS, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).***	Logo SES
POP **09/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Evolução de disfagia, disfonia e perda progressiva de força, generalizada ou bulbar. Sinais de comprometimento de 1º e 2º neurônio motor. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Eletroneuromiografia, RNM de crânio e cervical
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Miastenia grave e outras miopatias.***	Logo SES
POP **10/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Miastenia grave e outras miopatias***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos TC de tórax, eletroneuromiografia (estimulação repetitiva)
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Acidente vascular cerebral***	Logo SES
POP **11/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Acidente vascular cerebral***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Hemograma, bioquímica, lipidograma, ECG, TC e/ou RNM do crânio e USG vascular.
Dependendo da avaliação, encaminhar à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Hidrocefalia.***	Logo SES
POP **12/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Hidrocefalia.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Aumento do perímetro cefálico em relação à faixa etária. Irritabilidade, vômitos, sonolência. Sinal do pote rachado (sinal de MacEwen). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: TC e RNM de crânio
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica -SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).***	
POP **13/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70%

- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, VDRL, FTA-ABS, vitamina B12, ácido fólico, T4 livre, TSH, TC e/ou RNM do crânio.
Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***ESCLEROSE MÚLTIPLA (Surto agudo e quadro crônico)***	Logo SES
POP **13/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***ESCLEROSE MÚLTIPLA (Surto agudo e quadro crônico***

Recursos necessários:
• EPI's;

- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar História detalhando a instalação e o comprometimento neurológico identificado (motor, sensitivo, de coordenação, esfincteriano e visual), principalmente em mulher jovem. Diferenciar surto agudo em cenário de doença crônica e autoimune. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como RNM, líquor e potenciais evocados
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

11 PNEUMOLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Dor torácica.***	Logo SES
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Dor torácica.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Sintomas e sinais significativos de origem pneumológica, derrame pleural. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax PA e perfil, ECG, ECO, TC de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax PA e perfil alterados, RX de seios da face alterado (sinusopatia), pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos, suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos, pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos, TC de tórax em casos de suspeita de Pneumocystis carinii ou imunocomprometidos. Nos casos mais graves: ureia, creatinina, eletrólitos, proteínas totais e HIV.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Tosse***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Tosse***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Tosse crônica (duração superior a 3 semanas) Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e dos seios da face ou TC dos seios da face e do tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Pneumopatias intersticiais difusas.***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Pneumopatias intersticiais difusas.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Doenças autoimunes, doenças intersticiais idiopáticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.***	
POP **05/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax ou TC de tórax alterados. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.***	
POP **06/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax recente alterado ou suspeito, TC de tórax alterada ou suspeita, casos indeterminados mesmo com exames complementares, nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio; nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax em PA e perfil recentes e TC de tórax em casos indeterminados.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Hipertensão pulmonar.***	
POP **07/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Hipertensão pulmonar.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Doenças do tecido conjuntivo, cardiopatias congênitas, hipertensão arterial pulmonar primária sem etiologia, HIV com hipertensão pulmonar, tromboembolismo crônico, drogas, anemias hemolíticas, doença veno-oclusivO. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, ECG, ECO.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Doenças da pleura.***	
POP **08/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
• diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças da pleura.***

Recursos necessários:
• EPI's; • Estetoscópio • Álcool a 70% • Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax e TC alterados Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Doenças do mediastino***	Logo SES
POP **10/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Doenças do mediastino***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax e TC alterados Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Asma grave***	Logo SES
POP **11/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Asma grave***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Asma grave ou de difícil controle. Pacientes que necessitam de uso contínuo e de altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax (afastar outras doenças), RX de seios da face (sinusopatia), IgE (processo alérgico), espirometria, EDA na suspeita de refluxo gastroesofágico, teste alérgico em casos selecionados.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Doença pulmonar obstrutiva crônica.***	Logo SES
POP **12/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Doença pulmonar obstrutiva crônica.***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e 4. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax PA e perfil, TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

12 REUMATOLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **REUMATOLOGIA** ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes*** (Elevação de marcadores inflamatórios.)	Logo SES
POP **01/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Elevação de marcadores inflamatórios.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: VHS e PCR
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	REUMATOLOGIA ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (Presença de autoanticorpos positivos)***	
POP **02/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (Presença de autoanticorpos positivos)***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Presença de autoanticorpos positivos. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: FAN, FR (anti-CCP), Anca.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	REUMATOLOGIA ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (Presença de marcador genético de autoimunidade positivo.)***	
POP **03/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (Presença de marcador genético de autoimunidade positivo.)***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Presença de marcador genético de autoimunidade positivo. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: HLA B27
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	REUMATOLOGIA ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (***Elevação de enzimas musculares***)***	
POP **04/2021**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

- diagnóstico e tratamento da doença ***Suspeita de doenças reumáticas autoimunes (*****Elevação de enzimas musculares*****)***

Recursos necessários:

- EPI's;
- Estetoscópio
- Álcool a 70%
- Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Elevação de enzimas musculares. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: CPK, LDH, aldolase
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação