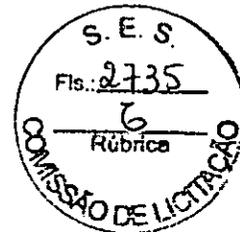


BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



PROPOSTA TÉCNICA

VOLUME I

(Páginas de 0001 a 0242)

62 3942 1300

ibgh.org.br

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030

BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2014 – Republicação

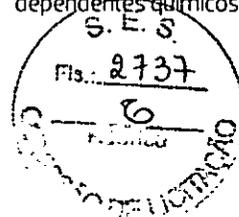
OBJETO: Seleção de Organização Social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, localizado no Município de Goiânia-GO.

62 3942 1300

ibgh.org.br

1

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030



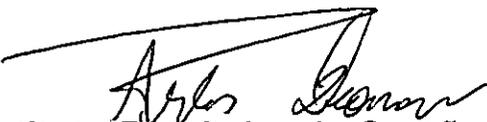
DECLARAÇÃO

Pela presente **DECLARAÇÃO**, torno público para os devidos fins, que prestarei no **Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira-HUGO 2** todos os serviços descritos na **PROPOSTA TÉCNICA** apresentada no **Chamamento Público nº. 003/2014 – REPUBLICAÇÃO** aos custos indicados na **PROPOSTA FINANCEIRA**.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de 120 dias a partir da data de abertura da seleção.

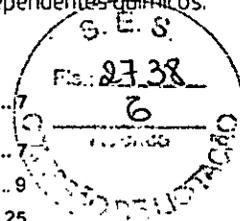
Declaro, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Goiânia, 05 de Maio de 2014


Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH

Carlos Leonardo Pereira Segurado

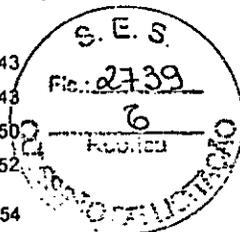
Diretor Presidente



1. TÍTULO	7
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	7
2.1. MODELO GERENCIAL PROPOSTO PELO IBGH	9
2.2. ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL	25
2.3. AS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE	29
2.4. OS PRINCIPAIS INDICADORES	34
2.4.1. QUALIDADE INTRÍNSECA	34
2.4.2. CUSTO COMPATÍVEL	35
2.4.3. ENTREGA EM TEMPO HÁBIL	35
2.4.4. INDICADORES DE GESTÃO	36
2.4.5. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	37
2.4.6. INDICADORES ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS	37
2.4.7. INDICADORES DA OPERAÇÃO HOSPITALAR	38
2.4.8. INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	39
2.4.9. INDICADORES DA ESPERA DOS USUÁRIOS	39
2.4.10. INDICADORES DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	40
2.4.11. INDICADORES DA GARANTIA DA QUALIDADE	40
2.4.12. INDICADORES DA RESIDÊNCIA MÉDICA	40
2.4.13. INDICADORES DO JURÍDICO E FISCAL	41
2.5. DESCRIÇÃO DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS GERENCIAIS	41
2.5.1. FERRAMENTAS DA QUALIDADE	42
2.6. INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO COM A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE GOIÁS	56
2.6.1. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME	57
2.6.2. UNIDADE DE ESTATÍSTICA	68
2.7. LIMITES DE RESPONSABILIDADES DO IBGH NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO DO HUGO 2	68
2.8. O MODELO DE RELACIONAMENTO COM A SES-GO	68
2.9. MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	72
2.10. CONTRAREFERÊNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	76
2.11. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DO HUGO 2	78
2.11.1. RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE	79
2.11.2. RESPONSABILIDADES DA CENTRAL DE REGULAÇÃO	80
2.11.3. RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE TRANSPORTE	81
2.11.4. RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO MÉDICO RECEPTOR	81
2.12. PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE DA SES-GO	84
2.13. CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO E PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO	88
2.14. MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO HUGO 2	90
2.15. GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E INTEGRAÇÃO COM O SUS (SIH E SIA)	91
2.16. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	91
2.17. RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS	93
2.17.1. EMERGÊNCIA	93
2.17.2. UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO	97
2.17.3. CENTRO CIRÚRGICO, RPA E CME	100
2.17.4. ALAS DE INTERNAÇÃO – CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS	101
2.17.5. UNIDADE DE QUEIMADOS	106
2.17.6. AMBULATÓRIO	107
2.17.7. SADT – LABORATÓRIO	112
2.17.8. SERVIÇOS DE IMAGEM	116
2.17.9. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	123
2.17.10. QUADRO RESUMO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS	125
2.17.11. QUADRO RESUMO DE QUANTIDADE DE FUNCIONÁRIOS	126



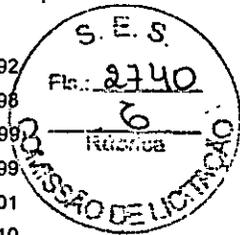
2.17.12.	QUADRO RESUMO CONSOLIDADO DE FUNCIONÁRIOS.....	143
2.18.	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	143
2.19.	REMUNERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DO PESSOAL.....	150
2.20.	CAMPO DE ATUAÇÃO DO IBGH NO SETOR SAÚDE	152
3.	CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DA PROPOSTA DE TRABALHO	154
3.1.	ITEM ATIVIDADE	154
3.1.1.	IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS.....	154
3.1.1.1.	FLUXO OPERACIONAL.....	154
3.1.1.2.	FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS.....	158
3.1.1.3.	FLUXO PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS.....	160
3.1.1.4.	FLUXO PARA ROUPAS.....	163
3.1.1.5.	FLUXO PARA RESÍDUOS	170
3.1.2.	IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	188
3.1.2.1.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL	188
3.1.2.2.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO.....	198
3.1.2.3.	PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA ENFERMAGEM.....	209
3.1.2.4.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO MULTIPROFISSIONAL	218
3.1.2.5.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO SOCIAL.....	221
3.1.2.6.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA	227
3.1.2.7.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA.....	232
3.1.2.8.	PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL	238
3.1.3.	IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS.....	243
3.1.3.1.	ROTINAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS	243
3.1.3.2.	ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	248
3.1.3.3.	GESTÃO DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO.....	270
3.2.	ITEM QUALIDADE	305
3.2.1.	QUALIDADE OBJETIVA.....	305
	COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	337
3.2.1.1.	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	337
3.2.1.1.1.	PROPOSTA	337
3.2.1.1.2.	REGIMENTO INTERNO DA CCIH	339
3.2.1.1.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	347
3.2.1.2.	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	350
3.2.1.2.1.	PROPOSTA	350
3.2.1.2.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	350
3.2.1.2.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	360
3.2.1.3.	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	361
3.2.1.3.1.	PROPOSTA	361
3.2.1.3.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM.....	361
3.2.1.3.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	373
3.2.1.4.	COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR	374
3.2.1.4.1.	PROPOSTA	374
3.2.1.4.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR	374
3.2.1.4.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	386
3.2.1.5.	COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	387
3.2.1.5.1.	PROPOSTA	387
3.2.1.5.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO.....	387
3.2.1.5.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.....	391
3.2.1.6.	COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	392
3.2.1.6.1.	PROPOSTA	392

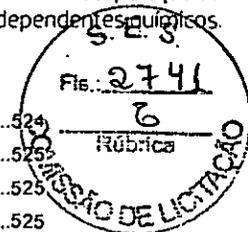


[Handwritten signatures]



3.2.1.6.2.	REGIMENTO INTERNO OA COMISSÃO DE REVISÃO OE ÓBITOS	392
3.2.1.6.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIDADE ANUAL	396
3.2.1.7.	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E SESMT	399
3.2.1.7.1.	PROPOSTA	399
3.2.1.7.2.	REGIMENTO DA CIPA - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	401
3.2.1.7.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	410
3.2.1.7.4.	ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO	411
3.2.1.8.	COMISSÃO DE GERENCIAMENTO OE RISCOS	425
3.2.1.8.1.	PROPOSTA	425
3.2.1.8.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	425
3.2.1.8.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL	439
3.2.1.9.	COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÉUTICA (CFT)	440
3.2.1.9.1.	PROPOSTA	440
3.2.1.9.2.	REGIMENTO OA CFT	441
3.2.1.9.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	447
3.2.1.10.	COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	447
3.2.1.10.1.	PROPOSTA	447
3.2.1.10.2.	REGIMENTO OA COMISSÃO OE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS	448
3.2.1.10.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	455
3.2.1.11.	COMISSÃO MULTIOISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	456
3.2.1.11.1.	PROPOSTA	456
3.2.1.11.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO MULTIOISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	460
3.2.1.11.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	464
OUTRAS COMISSÕES		465
3.2.1.12.	COMISSÃO DE ACOLHIMENTO	465
3.2.1.12.1.	PROPOSTA	465
3.2.1.12.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO OE ACOLHIMENTO	465
3.2.1.12.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIDAOE ANUAL	470
3.2.1.13.	COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	471
3.2.1.13.1.	PROPOSTA	471
3.2.1.13.2.	REGIMENTO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL	471
3.2.1.13.3.	CRONOGRAMA DE ATIVIOAOE ANUAL	475
3.2.1.14.	COMISSÃO OE RESIOÊNCIA MÉDICA (COREME)	476
3.2.1.14.1.	PROPOSTA	476
3.2.1.14.2.	REGIMENTO INTERNO OA COMISSÃO OE RESIOÊNCIA MÉOICA	476
3.2.1.14.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	494
3.2.1.15.	COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE - NÚCLEO OE ESTATÍSTICA	495
3.2.1.15.1.	PROPOSTA	495
3.2.1.15.2.	REGIMENTO OA COMISSÃO VIGILÂNCIA À SAÚDE - NÚCLEO ESTATÍSTICA	496
3.2.1.15.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	500
3.2.1.16.	COMISSÃO OE PROTOCOLOS	501
3.2.1.16.1.	PROPOSTA	501
3.2.1.16.2.	REGIMENTO DA COMISSÃO DE PROTOCOLOS	502
3.2.1.16.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	505
3.2.1.17.	COMISSÃO OE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	506
3.2.1.17.1.	PROPOSTA	506
3.2.1.17.2.	REGIMENTO OA COMISSÃO OE PADRONIZAÇÃO DE MAT/MEO	506
3.2.1.17.3.	CRONOGRAMA OE ATIVIOAOE ANUAL	510
3.2.1.18.	COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR OE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	511
3.2.2.	QUALIDADE DO ATENDIMENTO	517
3.2.2.1.	MANUAL OE RECEPÇÃO E ORIENTAÇÃO SOCIAL PARA USUÁRIOS E FAMILIARES	519





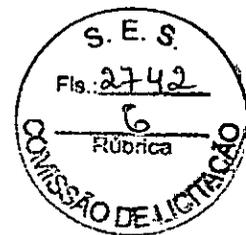
3.2.2.2.	ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES	524
3.2.2.3.	HORÁRIOS E MEIOAS OE CONTROLE OE RISCO PARA VISITAS.....	525
3.2.2.4.	INSTRUÇÕES PARA ACOMOOAÇÃO E CONDUTA DE ACOMPANHANTES	525
3.2.2.5.	IMPLANTAÇÃO OO SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (PNH).....	525
3.2.2.6.	IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	530
3.2.2.7.	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E USO DAS INFORMAÇÕES.....	555
3.2.2.8.	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND.....	569
3.3.	ITEM TÉCNICA	703
3.3.1.	ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL.....	703
3.3.1.1.	ORGANOGRAMA GERAL E DIRETORIAS.....	703
3.3.1.2.	DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS CARGOS.....	708
3.3.1.3.	CORPO TÉCNICO E PONTUAÇÃO.....	721
3.3.2.	IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR.....	723
3.3.2.1.	APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO.....	723
3.3.2.2.	APRESENTAÇÃO DE QUARO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA.....	723
3.3.2.3.	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS OE ATENÇÃO MÉDICA	739
3.3.2.4.	ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDAOE.....	740
3.3.2.5.	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM	894
3.3.3.	IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	894
3.3.3.1.	NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO GERAL	894
3.3.3.2.	SERVIÇO OE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS HOSPITALARES.....	898
3.3.3.3.	NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	899
3.3.3.4.	NORMAS DE AQUISIÇÃO E RECEBIMENTO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	909
3.3.3.4.1.	ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA	934
3.3.3.5.	CRITÉRIOS DE CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS.....	1068
3.3.4.	CIÊNCIA E TECNOLOGIA	1075
3.3.4.1.	PROJETO OE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.....	1075
3.3.5.	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	1081
3.3.5.1.	RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL	1083
3.3.5.2.	MODELO DE ESCALA DE REVEZAMENTO	1119
3.3.5.3.	PROJETO DE EOUCAÇÃO PERMANENTE	1135

APÊNDICE I: Protocolos Clínicos de Urgência em Clínica Médica;
 APÊNDICE II: Protocolos Clínicos de Urgência em Clínica Cirúrgica;
 APÊNDICE III: Protocolos Clínicos de Urgência Cardiovascular;
 APÊNDICE IV: Protocolos Clínicos de Síndromes Coronarianas Agudas;
 APÊNDICE V: Protocolos Clínicos de Infarto Agudo do Miocárdio e Outras Síndromes Coronarianas Agudas;
 APÊNDICE VI: Protocolos Clínicos de Traumatologia Ortopédica;
 APÊNDICE VII: Protocolos Clínicos de Urgências Vasculares;
 APÊNDICE VIII: Protocolos Clínicos de Neurologia Clínica e Cirúrgica;
 APÊNDICE IX: Protocolos Clínicos de Atendimento a Sepses Graves e Choques Sépticos;
 APÊNDICE X: Protocolos Clínicos de Unidade de Terapia Intensiva;
 APÊNDICE XI: Protocolos Clínicos de Atendimento a Queimados;
 APÊNDICE XII: Protocolos de Enfermagem.

ANEXO I: Documentos para comprovação técnica dos profissionais.

**1. TÍTULO**

Proposta Técnica para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, conforme Chamamento Público nº 003/2014 - Republicação.

**2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL**

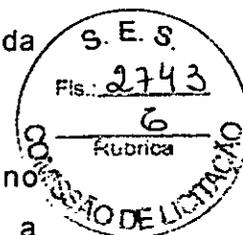
A Unidade de Saúde em tela, Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, CNPJ: 03.520.933/0001-06 está sediado na rodovia GO 070, Km 05 – Setor Santos Dumont – Goiânia – Goiás, será um Hospital de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializado em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Queimados, Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Proctologia, Cirurgia Torácica, Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Pneumologia, Vascular Clínico e Cirúrgico, Nefrologia, Endocrinologia, Hematologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica (Centro de Queimados), regulado pelo Complexo Regulador Estadual, vindo a ser referência para a Região Metropolitana de Goiânia e de todo o Estado, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, com a finalidade de prestação de serviços **EXCLUSIVAMENTE** a usuários do SUS referenciados e a atendimentos de urgências e emergências.

PANO DE FUNDO PARA A APRESENTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

O modelo proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES - GO, no qual se estabelecem parcerias com Organizações Sociais para a gestão de hospitais da rede estadual de saúde, e que redundou no Chamamento 003/2014 – Republicação da SES – GO para o hospital denominado HUGO 2, tem como base a Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, assim como na Resolução Normativa 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

Essa estratégia orienta-se na revisão do papel do Estado a partir do postulado de que este não deve, necessariamente, fazer tudo por si mesmo, mas

"contratar" e "regular" outros entes para a execução dos serviços através da separação das funções: financiamento, regulação e prestação de serviços.



A separação das funções dos sistemas de serviços de saúde, no Brasil e no mundo, tem sido buscada por várias razões, das quais se destacam a maximização da eficiência, a otimização dos recursos, o aumento da acessibilidade aos serviços, a eficácia da atenção primária, secundária e terciária à saúde, enfim, a melhoria da qualidade assistencial ao usuário como um todo.

A **qualidade assistencial** compreende não somente a eficiência puramente técnica, mas também a **qualidade assistencial percebida pelo usuário** a qual se traduz, entre outros, pela **humanização no atendimento**, a **eficiência administrativa**, a **adequação das instalações físicas**, a **agilidade**, **qualidade e oportunidade do atendimento médico-hospitalar**.

Para o sucesso do atendimento à saúde, um componente fundamental da equação para atingimento da qualidade assistencial almejada é a **resolubilidade do atendimento ao usuário**.

A resolubilidade do atendimento hospitalar, muitas vezes, não é percebida de forma efetiva pelo usuário em decorrência da natural **assimetria de informação que permeia o relacionamento usuário x médico e usuário x hospital**.

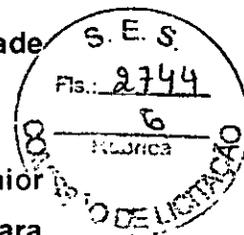
O corpo técnico, por sua vez, em algumas ocasiões, pode, por motivos variados, perder de vista o parâmetro da resolubilidade assistencial em decorrência, entre outros, de deficiências administrativas, escassez de materiais, de equipamentos, de medicamentos, precariedade das instalações físicas etc.

Qualquer deslize na resolubilidade assistencial redundará, de imediato, em **elevação dos custos assistenciais** e, mais cedo ou mais tarde, na insatisfação objetiva do usuário quanto ao tratamento recebido e não eficaz (por vezes, até agravante do seu quadro clínico).



O resultado desse fenômeno é o **inevitável comprometimento da qualidade assistencial presente e futura.**

Assim, resumidamente, o modelo gerencial do IBGH pressupõe uma **maior comunicação e envolvimento entre usuários, prestadores e gestores para que, com soluções compartilhadas, todos sejam corresponsáveis pela qualidade dos serviços e, também, pela viabilidade financeira do sistema, num modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos. O IBGH tem a firme convicção de que tem todos os requisitos para tornar-se referência e exemplo de sucesso deste modelo gerencial, no qual o acompanhamento de metas quantitativas e qualitativas monitoradas por indicadores de desempenho, combinado com o treinamento constante dos colaboradores e a transparência na gestão hospitalar visam proporcionar a eficiência dos serviços prestados, que resulta na qualidade assistencial almejada, e, na resolubilidade que gera a contenção frutuosa dos custos e promove a eficácia terapêutica.**

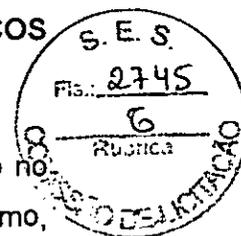


2.1. MODELO GERENCIAL PROPOSTO PELO IBGH

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES - GO, com base na Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, assim como na Resolução Normativa 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, estabelece parcerias com Organizações Sociais de Saúde para a gestão de componentes da rede, o que redundou no Chamamento Público nº 003/2014 - Republicação da SES – GO para implantação do **Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.**

O presente Instrumento, será celebrado em decorrência do Chamamento Público nº 003/2014 - Republicação, conforme Processo Administrativo nº 201400010001769 e será regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Lei nº 9.637/1998, Resolução Normativa nº 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único de Saúde – SUS.



DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: GESTORA DE PATRIMÔNIO E SERVIÇOS PÚBLICOS

A publicização é a estratégia oriunda do repensar sobre o papel do Estado no sentido de que o Estado não deve, necessariamente, fazer tudo por si mesmo, mas pode "contratar" e "regular" outros entes para a execução de diversos serviços através da separação das funções de: financiamento, regulação e prestação de serviços.

A separação das funções no atendimento à saúde se destaca porque tende, conforme diversos exemplos no Brasil e exterior, a propiciar a maximização da eficiência, a otimização dos recursos, o aumento da acessibilidade aos serviços, a eficácia da atenção primária, secundária e terciária à saúde, enfim, à melhoria da qualidade assistencial.

DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR

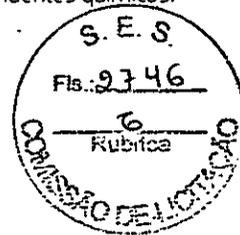
Organização Social de Saúde (OSS), é uma instituição do setor privado, sem fins lucrativos, que se apresenta como parceira formal com o Estado e pretende atender o **Princípio da Complementariedade** de modo a participar da consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90.

Missão do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar:

Atuar como organização social, com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos de relevância, que privilegiem o ser humano, sua co-participação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas e práticas de gestão, contribuindo com construção de uma sociedade mais justa, fraterna, participativa e solidária.

Visão de futuro do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar:

Fazer história como organização social, com atuação especial na área de saúde, compromissada com as causas sociais, e orientada para incluir e valorizar os talentos humanos e suas ideias.

**Princípios do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar:**

O **respeito** como base de todos os relacionamentos. Isso implica o **reconhecimento à existência do outro** e a **defesa da dignidade da pessoa humana**.

A **justiça**, cujo significado é **igualdade na diferença**, e a **defesa do exercício dos direitos de todas as naturezas por todos os indivíduos e segmentos da sociedade**.

A **solidariedade**, sinônimo de **empenho na promoção de ações favorecedoras do crescimento e realização de todos e cada um**.

Para podermos cumprir nossa missão e viabilizar a construção da visão de futuro definida, nossas atitudes e comportamentos se nortearão e apoiarão na disseminação e na prática dos **seguintes valores**:

A **honestidade e a retidão na condução de nossos negócios**;

A **responsabilidade na realização de ações de efetivo benefício coletivo**;

A **busca da excelência**, expressa na **qualidade social de nossos produtos e serviços**;

A **ousadia para analisar as tendências de futuro e transformar as ideias consideradas viáveis em fatos concretos e dinâmicos**;

O **compromisso com a busca da verdade e a defesa rigorosa de sua presença nas relações internas e externas de trabalho**;

O **Comprometimento na realização do trabalho com profissionalismo e transparência**, respeitando procedimentos definidos pela organização e regulamentados em lei e na sociedade;

A **humildade e a coragem no enfrentamento dos desafios**;

A **integridade na construção e preservação do nosso patrimônio e de nossa imagem na sociedade**;



A clareza e a precisão na divulgação de informações, sem prejuízo da confidencialidade, e o empenho na criação de estruturas e canais de comunicação que favoreçam e promovam a livre circulação de informações.



CENÁRIOS PARA CONSTRUÇÃO DO DIRECIONAMENTO ESTRATÉGICO PARA IMPLANTAÇÃO DO HUGO2

CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DO CUIDADO

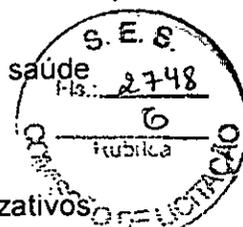
A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, prevendo a redução do risco de doenças e outros agravos e, acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas, seguindo os seguintes princípios:

1. **Universalidade** – direito a todas as pessoas ao atendimento público de saúde, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
2. **Equidade** – significa atenção à saúde com recursos e serviços de forma justa, alocando mais a quem tem menos, a fim de reduzir as desigualdades;
3. **Integralidade** – atender a pessoa como um todo com a realização de ações de atenção à saúde na sua totalidade, quer seja curativa, preventiva, individual ou coletiva e,
4. **Participação popular** – participação dos usuários dos serviços de saúde e da sociedade civil organizada, através dos conselhos de saúde (permanentes, deliberativos e paritários) e das conferências de saúde (periódicas, consultivas e paritárias);

Neste sentido, a organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (local, municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), se deu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da lei nº 8.080. Esta lei define o funcionamento do SUS, instituindo-o legalmente como um sistema



dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro.

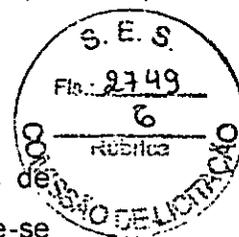


A Rede de Assistência à Saúde (RAS), caracteriza-se por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O macro-objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, eficácia sanitária e eficiência econômica.

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada componente deve ser repensado como um agente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas. De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

Além do fator longevidade no País, deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, e portanto novas estratégias em saúde devem ser pensadas. O último Censo, realizado em 2010, apresentou, em relação ao censo anterior, um aumento de 12,3% da população brasileira, o que revela uma importante diminuição do ritmo do crescimento populacional, se assemelhando a padrões



européus.

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

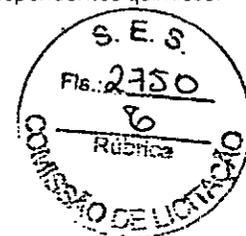
Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.

A implementação da RUE deverá se dar de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar para melhor o atual modelo de atenção, que é insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos.

E as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

- a) Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- b) Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- c) Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos



de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;

- d) Classificação de risco;
- e) Regionalização da saúde e atuação territorial;
- f) Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- g) Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- h) Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- i) Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- j) Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- k) Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- l) Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- m) Articulação interfederativa;
- n) Participação e controle social;
- o) Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
- p) Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes *pontos de atenção*, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso conforme figura abaixo (Fonte SAS/MS, 2011).



As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE:

- a) Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégias para a RUE;
- b) Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- c) Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- d) Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A Unidade deverá se enquadrar na Portaria 1.366/2013 da Rede de Urgência e Emergência – RUE oferecendo os serviços designados na mesma com o intuito de habilitação da unidade, junto ao Ministério da Saúde, como Centro de Trauma Tipo III.

Handwritten signature



O HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA
– HUGO 2 terá um sistema informatizado que será implantado pelo IBGH
no início das atividades do hospital.



A grande vantagem de iniciarmos com um sistema informatizado é que diversas atividades serão simplificadas, mais seguras, mais rápidas, as informações serão facilmente compartilhadas, visualizadas e trabalhadas gerando relatórios muito úteis para avaliação e tomada de decisão.

O sistema informatizado possibilitará o controle de estoque, o prontuário eletrônico, a prescrição eletrônica, o registro e acompanhamento do atendimento aos pacientes em todos os setores etc. "on line".

As principais atividades que serão beneficiadas pelo sistema informatizado:

>PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

O profissional acessa o cadastro de materiais e medicamentos, prescreve eletronicamente, o que evita erros de nome de produto, designação do paciente, fica registrado corretamente no prontuário (eletrônico) do paciente etc.

Será muito mais fácil o profissional de saúde pesquisar "on line" o cadastro de materiais e medicamentos disponíveis no hospital.

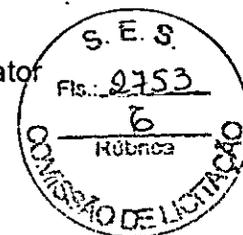
A farmácia central vai receber o pedido "on line" imediatamente.

>PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

As prescrições de ações médicas, de enfermagem etc. serão registradas no prontuário eletrônico bem como as ações executadas.

Os benefícios são óbvios em termos de acuracidade de registro das informações, acesso às informações e obtenção de relatórios de desempenho etc.

A facilidade de não ser necessária a manipulação de papéis também é um fator importante em termos de logística e economia.



>CONTROLE DE ESTOQUES

A entrada de materiais, a requisição e a dispensação dos itens será totalmente informatizada.

Os benefícios são imensos.

>DOSE UNITÁRIA

O sistema informatizado, em virtude da agilidade, facilita muito a implantação da dose unitária, metodologia em que o paciente recebe medicamentos ou materiais de acordo com o cronograma de utilização dos mesmos e não em lotes que ficam armazenados nos postos de enfermagem, o que dá a margem a erros, desperdícios, desaparecimentos, troca de itens entre pacientes etc.

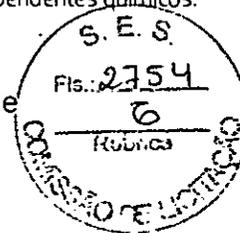
>GERENCIAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES

O controle será "on line" da entrada de pacientes, internação (localização e deslocamentos), altas etc.

O modelo gerencial proposto pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR – IBGH, a ser implantado no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, tem como objetivo primordial a qualidade assistencial aos usuários.

Diferimos em muitos aspectos de modelos de gestão hospitalar, alguns muito em voga atualmente, que pregam a gestão pura e simples por resultados, esquecendo-se, frequentemente, da razão da existência de médicos e hospitais: o usuário.

A qualidade assistencial não se resume, portanto, única e exclusivamente, na eficiência terapêutica do tratamento ministrado ao usuário, embora esta seja de extrema importância, mas a um conjunto de fatores integrados e



interdependentes. No nosso modelo de gestão hospitalar, a qualidade assistencial se apoia em 3 pilares:

1. Resolubilidade Assistencial ao Usuário;
2. A Satisfação do Usuário quanto aos diversos níveis de atendimento hospitalar (o atendimento no nível técnico, o atendimento no nível social e o atendimento no nível administrativo) e;
3. Gestão Hospitalar eficaz.

O atendimento no nível técnico é representado por todas aquelas ações que são executadas pelos profissionais do hospital para atender ao diagnóstico do usuário, com o objetivo de cura de alguma patologia ou para a manutenção da sua saúde (incluindo os procedimentos de SADT).

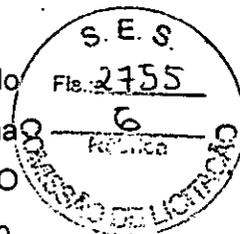
O atendimento no nível social, representa aquelas ações de acolhimento, cuidado, atenção e solidariedade ao usuário. A simpatia e a gentileza do atendimento ao usuário é um diferencial importantíssimo, tendo em vista a fragilidade emocional e o stress natural ao usuário de qualquer complexo hospitalar.

O atendimento no nível administrativo deve ser ágil e eficiente, evitando-se burocracias desnecessárias, idas e vindas a departamentos diferentes, falta de informações ou de clareza quanto às instruções que são dadas a usuários, acompanhantes e visitantes.

Por sua vez, para ser alcançada e mantida a **qualidade assistencial**, os 3 pilares acima estão apoiados em 5 alicerces:

1. Gestão hospitalar baseada em **Indicadores de Desempenho**;
2. **Treinamento permanente** dos colaboradores visando a evolução constante da **qualidade técnica e a humanização no atendimento aos usuários** (tendo como referências a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, a Política de Educação Permanente do SUS e Acolhimento do Usuário);





3. **Transparência e eficiência na gestão hospitalar**, representada pelo permanente controle e eficácia na gestão dos custos, dos investimentos e na guarda dos bens públicos sob responsabilidade do INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR – IBGH, em decorrência deste Chamamento, tendo como resultante o atendimento rigoroso aos ditames de forma e prazos para a apresentação à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás das informações necessárias para o acompanhamento do desempenho do IBGH;

4. **Normas, procedimentos e regulamentos atualizados, completos e eficientes** para a eficaz operacionalização técnica e administrativa do HUGO 2, o que inclui, entre outros, a busca de modelos que propiciem não só a eficiência e eficácia na atuação terapêutica, bem como na atividade administrativa, garantindo o **adequado monitoramento, padronização e rastreabilidade das atividades do hospital, tanto técnicas quanto administrativas**. Para isso, a **obtenção de certificações de qualidade, em particular a certificação ONA, é pré-requisito para se alcançar plenamente este objetivo quanto a normas, procedimentos e regulamentos completos, atualizados e eficientes**.

5. **Gerenciamento de riscos**, através de modelos e controles que não só monitorem mas possibilitem antecipar, evitar ou minimizar eventos adversos e suas consequências no ambiente hospitalar.

MISSÃO, VISÃO E VALORES DO HUGO 2

>A MISSÃO DO HUGO 2

"Prestar com eficácia, eficiência e resolutividade assistência nas situações de urgência e emergência, articulada com os demais componentes da rede e, viabilizando atividades de ensino e pesquisa com excelência e de relevância social, no âmbito exclusivo do Sistema Único de Saúde."

>VISÃO DE FUTURO DO HUGO 2

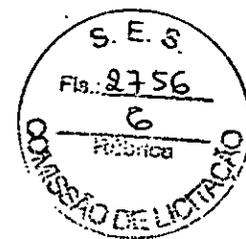
"Ser referência em urgência e emergência no âmbito da atendimento hospitalar de alta complexidade, na gestão hospitalar e ensino e pesquisa, contribuindo



efetivamente com as políticas do SUS.”

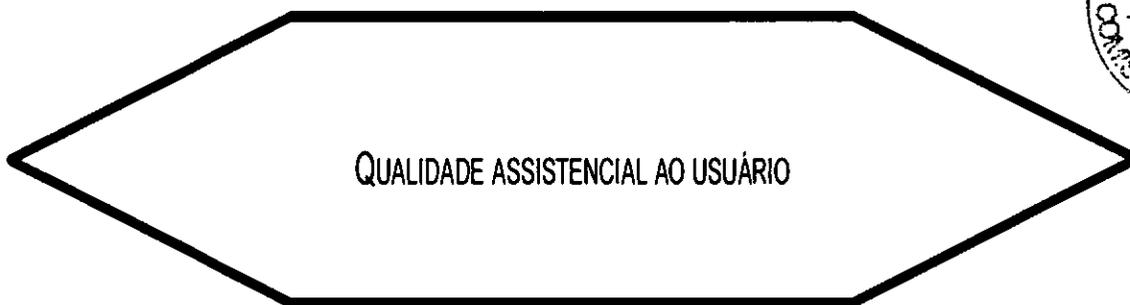
>VALORES DO HUGO 2

- ✓Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS;
- ✓Transparência e ética na gestão do bem público;
- ✓Gestão criteriosa dos impactos da atividade hospitalar no ambiente;
- ✓Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica através da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes;
- ✓Priorizar a qualidade assistencial aos usuários do HUGO 2;
- ✓Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento hospitalar;
- ✓Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES – GO, com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás;
- ✓Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, através de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, através de programas apoiados/incentivados pelas esferas governamentais.

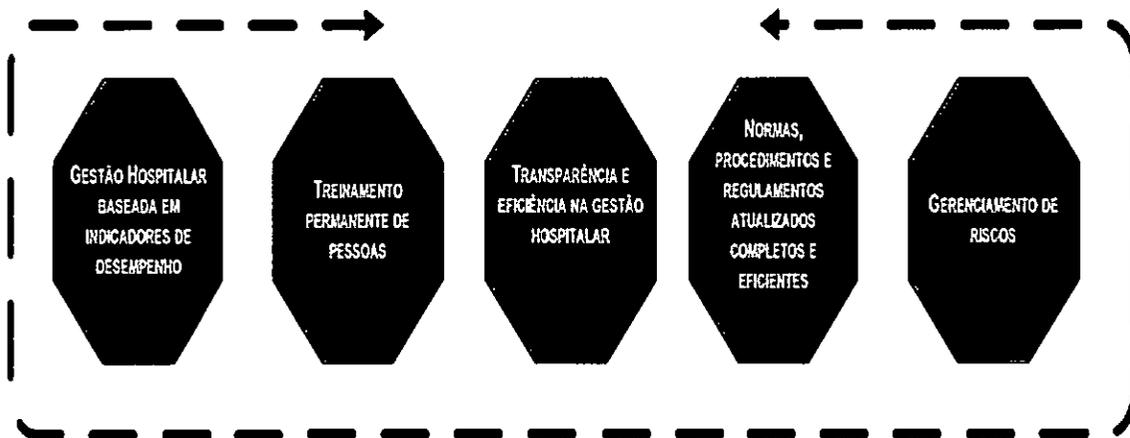




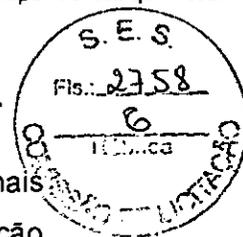
QUALIDADE ASSISTENCIAL AO USUÁRIO



PILARES DE SUSTENTAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL



ALICERCES DOS PILARES DE SUSTENTAÇÃO



PILAR #1 DO MODELO DE GESTÃO: RESOLUBILIDADE ASSISTENCIAL

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

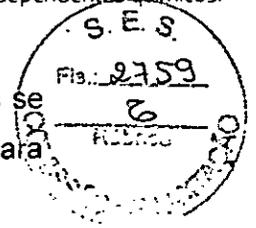
Como seremos eficientes neste pilar: Através dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos a resolubilidade assistencial no HUGO 2:

1. Protocolos Clínicos definidos;
2. Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos;
3. Medição frequente dos Resultados-(quantitativos; qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feed back para a eventual correção de rumos;
4. Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos;
5. Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários, a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo do Hospital HUGO 2.

PILAR # 2 DO MODELO DE GESTÃO: A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

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

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



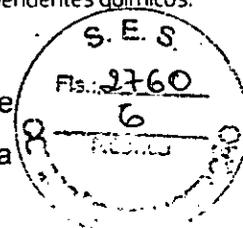
Como seremos eficientes nesse pilar: Através dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários do HUGO 2:

1. Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário;
2. Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos;
3. Medição frequente da Satisfação dos Usuários através de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidoria etc.), e o imediato feed back para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário;
4. Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento no HUGO 2 (ouvidoria, SEPRU – Serviço de Proteção ao Usuário disponível durante o horário comercial);
5. Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

PILAR #3 DO MODELO DE GESTÃO: GESTÃO HOSPITALAR EFICAZ

Definição: A gestão hospitalar eficaz requer uma ampla variedade de ações, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados etc.. Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão hospitalar possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

1. Satisfação do usuário;
2. Eficácia operacional;
3. Custos racionais e controlados;
4. Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor;
5. Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores;
6. controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.



Como seremos eficientes nesse pilar: Através dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão hospitalar no HUGO 2:

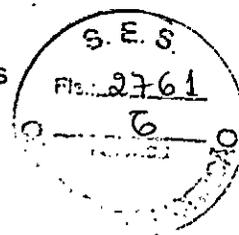
1. Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário;
2. Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos;
3. Medição frequente do atingimento das metas de produção, avaliação da Satisfação dos Usuários através de pesquisas ativas e passivas;
4. Ações de gestão proativas imediatas para controlar e avaliar as ações dos setores operacionais visando garantir a observância das normas operacionais, normas de qualidade, de acompanhamento de custos etc.;
5. Ações de motivação e estímulo aos profissionais da área assistencial visando o atendimento humanizado e a Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

2.2. ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação);
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade;
- Oficialização das Políticas Institucionais;
- Segurança do Paciente;
- Registros Seguros;
- Gestão de Suprimentos;
- Gestão da Informação;
- Gestão de Pessoas;
- Gestão de Equipamentos;
- Qualificação de Fornecedores;
- Consentimento Informado e Esclarecido;
- Definição das lideranças;
- Realização de Planejamento Estratégico Participativo;
- Internalização do Planejamento Estratégico: Governança Corporativa;
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos;
- Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho;
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme



diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos;



Neste contexto, o IBGH se propõe a:

- a. Cumprir os compromissos com as ações das agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e Ministério da Saúde;
- b. Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor;
- c. Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos;
- d. Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado;
- e. Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais para marcação de exames, cirurgias, referências etc.;
- f. Participar da articulação e interlocução com os equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar o HUGO 2 na vida da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- g. Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares;



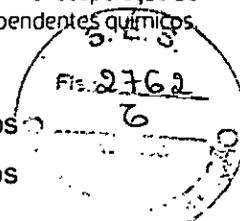


Fig. 2762
6

h. Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, do terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;

i. Contratar e gerir profissionais de todas as áreas concernentes à operação das Unidades que compõem o HUGO 2;

j. Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento do HUGO 2, conforme estabelecido no termo de referência, no contrato de gestão e nos respectivos anexos do Chamamento 003/2014 - Republicação SES/GO;

k. Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

l. Garantir o sigilo das informações dos usuários;

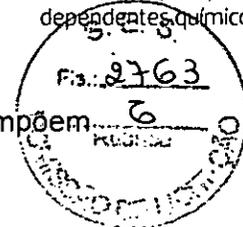
m. Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

O HUGO 2 terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

1. Universalidade;
2. Acessibilidade;
3. Coordenação do cuidado;
4. Continuidade do cuidado;
5. Integralidade;
6. Responsabilização;
7. Humanização;
8. Equidade;
9. Participação social;
10. Direito à Informação sobre diagnóstico ao usuário;
11. Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção hospitalar à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência hospitalar de urgência, emergência e eletiva, tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS, e mantendo





um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a rede assistencial de saúde de Goiás, tais como Unidades de Pronto

O HUGO 2 deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de retaguarda para a rede básica de atenção à saúde em Goiânia e região, além do atendimento direto na sua estrutura de Pronto Atendimento que funcionará 24 horas, 7 dias por semana.

Isso tem transformado as Urgências e Emergências em uma das áreas mais problemáticas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que usuários com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência, como o Pronto Atendimento.

O HUGO 2 também proporcionará um atendimento de alto nível para queimados e tornar-se-á um centro de referência para esse tipo de paciente no estado de Goiás.

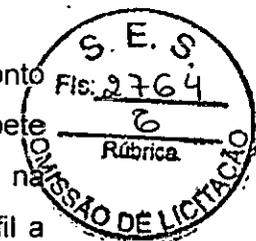
O HUGO 2 também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo o Pronto Atendimento necessita de ações de logística e abastecimento específicos, gerenciamento de pessoas, faturamento e informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público específico que o demanda.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço Pronto Atendimento.

Serão adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento hospitalar móvel (macas e cadeiras de rodas).

Como a demanda espontânea, urgente ou não, que procura o Pronto Atendimento, não está submetida a nenhum mecanismo regulatório, compete ao Pronto Atendimento, de acordo com os objetivos de resolubilidade na atenção urgente, atender todos os casos que forem definidos como o perfil a ser atendido pelo HUGO 2, sendo acolhidos conforme o protocolo de acolhimento de Manchester.



É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo IBGH contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, conseqüentemente, bons resultados.

Diante do exposto e, com o objetivo de garantir atendimento em saúde qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão estadual e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática gerencial empresarial, o IBGH apresenta, nos itens a seguir, o detalhamento da proposta de modelo gerencial, orientada para:

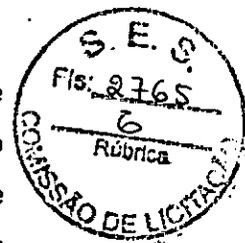
- Facilitar e agilizar o acesso da população ao HUGO 2 no Pronto Atendimento, Atendimento Ambulatorial, Serviço Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e Cirurgias Eletivas;
- Oferecer serviços de saúde obedecendo às grades de referência e contra referência e, conseqüentemente, a integralidade da assistência e conformação da estratégia de cobertura da população de Goiânia e região, definida pela SES-GO;
- Dar maior resolubilidade aos serviços de saúde do estado.

2.3. AS CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE

Os gestores do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, inicialmente, adotarão os princípios do Sistema de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos de impacto e suas relações internas e os processos de apoio da Instituição.

A instituição buscará inicialmente a certificação NBR ISO 9001:2008, que “estabelece requisitos para o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Ainda,





atender as legislações pertinentes, inclusive a RDC Nº. 63/2011, que dispõe sobre as Boas Práticas em Serviços de Saúde, e demais normativas do Ministério da Saúde advindas do Programa Nacional de Segurança do Paciente para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde para os hospitais da Rede Sentinela.

O SGQ-Sistema de Gestão da Qualidade, sob a responsabilidade da Gerência da Qualidade, tem a finalidade principal de contribuir para o processo de acreditação hospitalar do HUGO 2, para tanto, será criado o Núcleo da Qualidade.

A Gerência da Qualidade é a responsável por monitorar o SGQ em todos os setores do HUGO 2. O SGQ tem como base a Norma NBR ISO 9001:2008, e os requisitos desta norma são atendidos através do Planejamento Estratégico anual, das auditorias internas e do acompanhamento mensal de seus indicadores.

Um SGQ deve suportar a estratégia da organização, dando subsídios para a tomada de decisões e a melhoria contínua. O Núcleo da Qualidade, sob a gestão da Gerência da Qualidade é o responsável por fazer o diagnóstico objetivo do desempenho de processos em cada setor (incluindo atividades de cuidado direto ao paciente e de natureza administrativa), etc.

O Comitê de Qualidade, com representantes de todas as áreas e serviços, apontará as oportunidades de melhorias e as não conformidades que contrariam dispositivos contratualizados bem como os requisitos do manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que abrange, em especial, as áreas de: Humanização do Atendimento, padronização dos Protocolos Institucionais, Protocolos de Segurança do Paciente, Protocolos Clínicos e Sistematização da Assistência da Enfermagem, a sistemática organização das comissões obrigatórias, a gestão de medicamentos, o gerenciamento de leito, a realização de treinamentos permanentes, entre outros procedimentos.

O Comitê de Qualidade terá as seguintes atribuições e responsabilidades:



- a) Desenvolver e implantar programas de melhoria de qualidade pessoal, assistencial e administrativa no Hospital;
- b) Oferecer subsídios para treinar, avaliar e implantar ações para facilitar a acreditação hospitalar;
- c) Gerir e padronizar documentos referentes aos processos, formulários, protocolos, procedimentos, fluxogramas e manuais de melhoria de qualidade.

Tal prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema de Gestão, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos pelo atendimento sistemático dos seus requisitos. Através do mapeamento dos indicadores de cada área e da implantação de uma "cultura interna da qualidade", a Gerência da Qualidade, buscará aprimorar as práticas dos cuidados assistenciais e de gestão da informação.

Portanto, a Gerência da Qualidade atuará no sentido de garantir a qualidade da assistência por meio da aplicação dos padrões previamente estabelecidos e, assim, possibilitar a certificação da qualidade dos serviços de saúde da unidade hospitalar preparando a unidade para o processo de acreditação hospitalar.

Para tanto, a implementação do NEP-Núcleo de Educação Permanente, sob a gestão da Gerência de Ensino e Pesquisa, garantirá o programa de educação permanente como resultado do processo de articulação entre a educação continuada que resulte na segurança a usuários e profissionais e a construção de um verdadeiro trabalho em equipe, no gerenciamento de processos e na melhoria contínua da assistência.

A Gerência da Qualidade apostará em uma abordagem com forte conteúdo educativo, capaz de iniciar um processo de reflexão sobre a prática profissional voltada a padrões de excelência de desempenho, e que ajuda a equipe a perceber e atuar sobre os problemas, promovendo as correções necessárias dos processos institucionais de natureza administrativa e ligados diretamente ao cuidado com o usuário.





As certificações de qualidade que serão implantadas pelo IBGH no HUGO 2 visam garantir, continuamente, a melhoria da qualidade assistencial, com foco na segurança do paciente.

A articulação da Diretoria Técnica do HUGO 2, por meio do Núcleo de Segurança do Paciente e da notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente, a ela subordinado, com a Gerência da Qualidade, resultará em estratégias que viabilizarão as dimensões da qualidade em serviços de saúde, quais sejam:

Fontes: Institute of Medicine (IOM), 2001. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006

A redução de problemas causados por erros médicos é um dos principais resultados da acreditação - o que estimula o aprimoramento constante dos processos, com o objetivo de garantir a qualidade na assistência à saúde - pois os manuais do Sistema Brasileiro de Acreditação focam, principalmente, na segurança do paciente. Dessa forma, o processo de acreditação de um serviço de saúde promove um controle maior dos riscos clínicos e não clínicos, e uma maior qualidade dos serviços prestados.

O Nível 1 de acreditação consiste na existência de processos que visam garantir a segurança do paciente. As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade e com qualificação adequada (habilitação).

Princípio: **SEGURANÇA**

- habilitação do corpo funcional;
- atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;





- estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas.

O Nível 2 - Gestão integrada, envolve o acompanhamento das barreiras de segurança definidas, dos principais processos desenhados e dos protocolos implantados. Neste nível a interação entre os setores deve ser evidenciada, deve existir uma análise crítica dos controles de processo e análise de resultados, assim como de processos e de protocolos assistenciais, com o estabelecimento de planos de ação e de melhorias.

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna:

Princípio: **SEGURANÇA** e **ORGANIZAÇÃO**

- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados;
- evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-sanitários;
- evidências de atuação focada no cliente/paciente.

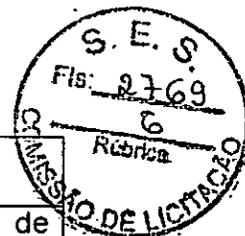
Dentre as certificações de qualidade que se pretende implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

- a) Sistema de Gestão da Qualidade, em busca da garantia da padronização dos processos da instituição e que facilite o acesso e controle das informações;
- b) Certificação ISO 9000, da norma NBR ISO 9001:2008;
- c) No prazo de duração do contrato, 48 meses, será obtida a certificação ONA – Organização Nacional de Acreditação - Nível 1 e 2.



Quadro resumo:

ACREDITAÇÃO/ CERTIFICAÇÃO	DISPOSIÇÕES
ISO 9001:2008	Estabelece diretrizes sobre o modelo de Gestão da Qualidade
ISO 14001:2004	Estabelece diretrizes sobre a área de gestão ambiental
ISO 22000 - Occupational Health and Safety Assessment Services (OHSAS) 18.001	É em um sistema de gestão com o foco voltado para a saúde e segurança ocupacional
ONA – Organização Nacional de Acreditação	É em um sistema de certificação com o foco voltado para a saúde e segurança do paciente



2.4. OS PRINCIPAIS INDICADORES

Um serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do usuário. A qualidade é atingida quando estão satisfeitos determinados requisitos básicos da qualidade:

1. qualidade intrínseca;
2. custo compatível;
3. entrega em tempo hábil entre outros.

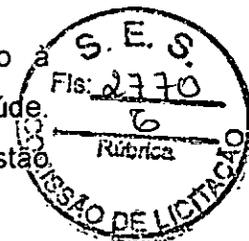
Consideramos que os 3 requisitos retro são os fundamentais para o projeto do HUGO 2 (FALCONI, 1992).

Os requisitos da qualidade também são denominados como dimensões pelo autor, e possuem os seguintes significados:

2.4.1. QUALIDADE INTRÍNSECA

Refere-se às características específicas do produto (bens ou serviços) capazes de promover a satisfação do cliente, incluindo a ausência de problemas, a presença de características que encantem o consumidor, qualidade das pessoas que trabalham na empresa, qualidade de treinamento dessas pessoas, entre outras.

Na gestão da saúde, refere-se à qualidade da prestação do serviço à comunidade, gerando sua breve recuperação ou a manutenção de sua saúde. Além disso, a humanização do atendimento e o "bem servir" também estão associados.



2.4.2. CUSTO COMPATÍVEL

Relaciona-se ao custo operacional da prestação do serviço, envolvendo os custos de utilidades, insumos, pessoal (contratação, recrutamento e treinamento), logística e administração. O custo deve ser o menor possível para que clientes e acionistas sintam-se satisfeitos.

No caso da administração pública, este indicador possui um peso ainda mais significativo, uma vez que representa o investimento do dinheiro público em prol da comunidade. Quanto melhor for a gestão dos custos, maior parcela da população poderá ser atendida.

2.4.3. ENTREGA EM TEMPO HÁBIL

Diz respeito à entrega dos produtos e serviços, que deve ser feita na data, local e quantidade corretos. Nas unidades hospitalares está associado ao tempo de espera para atendimento, recebimento de exames, marcação de consultas etc.

A produtividade pode ser demonstrada da seguinte maneira, segundo o autor: $P = Q/C$; onde P = produtividade, Q = qualidade e C = custos.

Essa produtividade pode ser melhorada com o aperfeiçoamento de três componentes básicos que são: o hardware (equipamentos e materiais), o software (procedimentos ou "maneira de fazer as coisas") e o humanware (ser humano).

É importante, nesse ponto, ressaltar que ninguém implanta a qualidade e sim a Gestão, ou seja, as ações para atingir os resultados.

Os indicadores de desempenho que o IBGH utilizará são compostos por indicadores que contemplam 3 aspectos essenciais para uma gestão eficaz no atendimento aos usuários do HUGO 2:



1. Indicadores referentes à Resolubilidade no Atendimento dos Usuários;
2. Indicadores referentes à Satisfação dos Usuários;
3. Indicadores referentes à gestão dos custos.



O diferencial do IBGH em relação a outros modelos de gestão decorre do fato de que a ênfase é para o tripé Resolubilidade, Satisfação dos Usuários e Custos.

Buscamos otimizar o processo de gestão hospitalar, focando nos indicadores de desempenho desses três grupos de indicadores.

Obviamente, muitos outros indicadores têm a sua importância dentro do contexto de gestão hospitalar, como por exemplo turn over de colaboradores etc.

No entanto, entendemos que determinados aspectos devem ser priorizados na gestão hospitalar.

O modelo gestão de pessoas prioriza a meritocracia, a educação continuada como meio para o desenvolvimento humano e profissional, o foco no cliente/usuário e o estímulo à participação dos colaboradores na melhoria dos processos.

2.4.4. INDICADORES DE GESTÃO

Os indicadores de gestão são mensais. Os indicadores que têm periodicidade diferente estão assinalados. Os indicadores podem ser consolidados por períodos tais como trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evolução das atividades.

O IBGH tem uma política de remuneração variável conforme o desempenho dos seus colaboradores (atingimento/superação de metas financeiras e qualitativas).

Dependendo do orçamento disponível, essa remuneração variável será restrita aos diretores e gerentes (executivos) ou abrangerá a todos os colaboradores.





A primeira etapa da implantação do programa de remuneração variável será restrita aos executivos, e somente não ocorrerá por absoluta inviabilidade financeira.



2.4.5. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

- ># pessoas por área;
- ># pessoas por leito por área;
- >Índice de treinamento de pessoal administrativo (ref.: # Homens Hora Treinamento - HHT);
- >Índice de treinamento de pessoal assistencial (ref.: # HHT);
- >turn over por área (%);
- >Índice de absenteísmo por área (%);
- >% acidentes do trabalho por área;
- >% desvio em relação ao orçado (R\$) por área/departamento do hospital;
- ># Acidentes com afastamento por área.

2.4.6. INDICADORES ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- >Custo por tipo de cirurgia/especialidade/equipe cirúrgica;
- >Custo por exame de SADT;
- >Giro do estoque, por tipo de item/grupos;
- >Custo de carregamento de materiais/medicamentos em estoque;
- >Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação;
- >Relatório de falta de materiais/medicamentos (diário);
- >Contratos de manutenção com acompanhamento em dia;
- >Desvio em relação ao orçado (R\$) por área/departamento do hospital;
- >Desvio em relação ao orçado (R\$) por tipo de despesa;
- >R\$ multas pagas por atraso de pagamentos a fornecedores/impostos/taxas;
- >Repasses da SES-GO pendentes (R\$);
- >Saldo bancário (diário);
- >Fluxo de Caixa (previsão de recebimentos e pagamentos de 30 dias futuros, por tipo de despesa/área do hospital (diário);
- >Revisão do Orçamento (trimestral);



- Análise das Despesas Operacionais;
- Análise dos Investimentos realizados;
- Resultado Financeiro;
- Títulos protestados (diário);
- Índice e Relatório de glosas (R\$) com motivos;
- Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento;
- Índice de informações entregues fora do prazo para a SES – GO;
- Valor e # dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

2.4.7. INDICADORES DA OPERAÇÃO HOSPITALAR

- Censo hospitalar: pacientes internados por setor (diário);
- Censo hospitalar: cirurgias por especialidade/equipe (diário);
- Censo hospitalar: SADT (diário);
- Admissões/altas/consultas no PA (por especialidade), eletivas e retorno (diário);
- Controle de medicamentos controlados (consumo) (diário);
- Protocolos clínicos implantados (mensal);
- Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação);
- Comissão de Revisão de Prontuário (# ações);
- Comissão de Verificação de Óbito (# ações);
- Comissão de Eventos Adversos (# ações);
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (# ações);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica (# ações);
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (# ações);
- Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional (# ações);
- Prazo médio de internação por especialidade/setor de internação;
- Cirurgias suspensas (#) e motivo (diário);
- Cirurgias realizadas (#) e especialidade (diário);
- Altas após 12 horas (diário);
- Atrasos de início de cirurgia superior a 1,5 hora (diário);





- Consultas/hora;
- Prazo médio de entrega de exames (por tipo de exame: laboratorial e imagem);
- Quantidade média de exames por setor de internação;
- # de quedas de usuários (mensal e anual);
- # de ocorrência de flebite (mensal e anual);
- # de injúrias por cateter, sonda e cânula (mensal e anual);
- # de úlceras de pressão (mensal e anual);
- # de infecção em sítio cirúrgico (mensal e anual);
- # de acidentes perfuro cortantes (mensal e anual);
- # prescrições avaliadas pelo farmacêutico (mensal e anual);
- # e R\$ de aquisições avulsas de materiais e medicamentos (com justificativa);
- # consultas de psicologia/fisioterapia e serviço social;
- % de conformidade de calibração de equipamentos (engenharia clínica);
- horas centro cirúrgico indisponíveis pela manutenção;
- dias/leito por setor indisponíveis pela manutenção;
- tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de internação;
- tempo médio de limpeza no centro cirúrgico: cirurgias limpas e sujas;
- quantidade e valor dos ajustes decorrentes da auditoria médica interna.

2.4.8. INDICADORES DE PRODUTIVIDADE

- Relação # pessoas por leito/setor de internação;
- Custo de pessoal por leito/setor de internação;
- Prazo médio de permanência por tipo de paciente: clínico/cirúrgico/setor de internação /especialidade/equipe médica;
- Taxa de ocupação de leitos por setor de internação;
- Giro (pacientes/dia) de leitos por setor de internação;
- Utilização do centro cirúrgico por dia da semana/# horas/especialidade/equipe cirúrgica.

2.4.9. INDICADORES DA ESPERA DOS USUÁRIOS

- # Pacientes em espera para procedimentos cirúrgicos/SADT/consulta especializada (diário);

➤ # dias de espera para procedimento cirúrgico/SADT/consulta especializada (diário);

➤ # minutos de espera para atendimento de consultas no PA.



2.4.10. INDICADORES DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

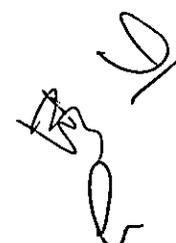
- Taxa de mortalidade geral;
- Taxa de mortalidade por setor de internação;
- Taxa de mortalidade por especialidade médica;
- Taxa de infecção hospitalar geral;
- Taxa de infecção hospitalar por setor de internação;
- Taxa de infecção hospitalar por especialidade médica;
- Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso;
- Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical;
- Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical;
- Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica;
- Taxa de reinternação para pacientes da clínica cirúrgica;
- Taxa de atendimento a pacientes referenciados.

2.4.11. INDICADORES DA GARANTIA DA QUALIDADE

- # respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas);
- Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior;
- Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior;
- Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle);
- Índice geral de satisfação dos usuários;
- Índice de satisfação dos usuários (setorial).

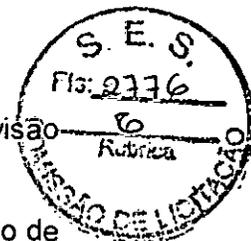
2.4.12. INDICADORES DA RESIDÊNCIA MÉDICA

- Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais da residência médica;
- % de residentes contratados.



2.4.13. INDICADORES DO JURÍDICO E FISCAL

- Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações do HUGO 2 com previsão de vencimento e prazo de obtenção;
- Quadro geral de processos em andamento, iniciais etc. com a avaliação de probabilidade de sucesso do corpo jurídico (provável, muito provável, pouco provável) e consequente estimativa de custos (comparado com os seguros contratados – a ser elaborado pela área administrativa e financeira);
- Acompanhamento de liminares;
- Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais;
- Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização.



2.5. DESCRIÇÃO DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS GERENCIAIS

Como estratégia para efetivação do modelo de gestão no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 é preciso refletir a importância de aplicar os métodos gerenciais que não limitam as relações técnicas em detrimento das sociais, coloca como importante a criação de espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) para envolvimento da equipe constituindo-se em locais concretos de produção de subjetividade e busca de autonomia dos trabalhadores.

Além dos espaços, a forma de condução também foi pensada, e o uso das ferramentas da qualidade tais como o Diagrama de Ishikawa (ou espinha de peixe ou de causa e efeito), o 5w e 2h (o que, por quê, como, onde, quando, quem, quanto custa) e a formação de grupos de trabalho com função específica que requer estudo e elaboração de propostas e/ou construção de projetos para resolver as questões relevantes.

Em síntese, este modelo voltado para o coletivo organizado tem como objetivo principal a prestação de uma assistência qualitativa aos usuários e, por outro lado, estes serviços precisam estar estruturados para atingir a sua finalidade



produtiva, ou seja, a produção de ações de saúde, realizadas de forma ética,
digna e segura.

O método de trabalho para condução da gestão será:

- a) Diagnóstico organizacional: formulação e priorização do problema;
- b) Definição dos objetivos;
- c) Estabelecimento de metas;
- d) Ações estratégicas;
- e) Avaliação dos resultados.

As ferramentas ou instrumentos para gestão, entre outros, serão considerados e aplicados segundo o plano de trabalho a ser executado, por exemplo:

- a) Liderança: reuniões, Brainstorming, Diagrama de Ishikawa
- b) Ações estratégicas: 5w2h (o quê? Por quê? Quem? Quando? Como? Onde? Quanto?);
- c) Comunicação e envolvimento: mural, reuniões, internet, intranet e outros recursos.

2.5.1. FERRAMENTAS DA QUALIDADE

- a) Diagrama de causa efeito ou Diagrama de Ishikawa: identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.
- b) Gráfico de Pareto: favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.
- c) Fluxogramas: proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
- d) Carta de Controle: acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.
- e) Folha de Verificação: numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado período de tempo.
- f) 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.
- g) Diagrama de Dispersão: fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.
- h) Matriz de GUT: representar os problemas ou riscos potenciais por meio das





prioridades, visando diminuir os efeitos.

i) Brainstorming: detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.

j) 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.

k) 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.

No Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, o uso destas ferramentas não soluciona os problemas, mas possibilita o seu entendimento. Por isso, será indispensável envolver todos os colaboradores no processo de conscientização da melhoria contínua, visando que os mesmos aperfeiçoem os procedimentos .

PDCA

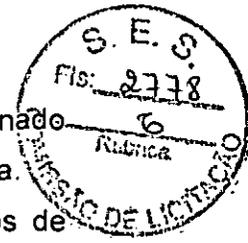
O IBGH utilizará o PDCA para o gerenciamento dos processos.

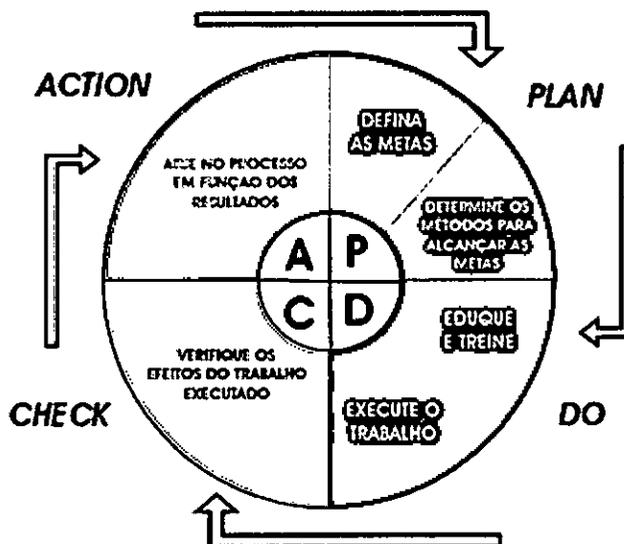
O PDCA é uma ferramenta da Qualidade, a ser utilizada para que as metas estabelecidas sejam atingidas. Visa controlar e alcançar resultados eficazes nas atividades da organização.

As etapas do PDCA são compostas por quatro fases:

- 1.Planejar;
- 2.Executar;
- 3.Verificar, e;
- 4.Atuar corretivamente.

O PDCA é implantado em 6 fases conforme fluxograma a seguir:





1.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;

2.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;

3.C (Chek) – Checar/Avaliar

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;

4.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

Handwritten signature and initials.



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.

MAMP – METODOLOGIA DE ANÁLISE E MELHORIA DE PROCESSO

O IBGH utilizará 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 creditações em geral.

O objetivo é melhorar permanentemente os processos da instituição, através de metodologia padronizada, de relativamente fácil apreensão e monitoramento.

O MAMP possibilita a identificação de desvios, correção de erros produzindo alertas para disparar as ações corretivas.

MAPEAMENTO DE PROCESSOS

O mapeamento de processos é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação para ajudar a melhorar os processos existentes.

As etapas do MAMP são assim definidas:

- ✓ Mapeamento de Processos (que são formas de se fazer alguma coisa. O processo é composto por etapas que controlam ou transformam materiais, serviços ou mesmo outros processos);
- ✓ Monitoramento dos processos e seus resultados (o que não se pode medir, não se pode controlar);
- ✓ Identificação e priorização de problemas e suas causas (evitar culpar as pessoas: o objetivo é resolver os problemas);
- ✓ Ações corretivas, preventivas e de melhoria;



- ✓ Documentação e procedimentos operacionais.

A aplicação do MAMP compreende a seguinte sequência:

- ✓ 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.

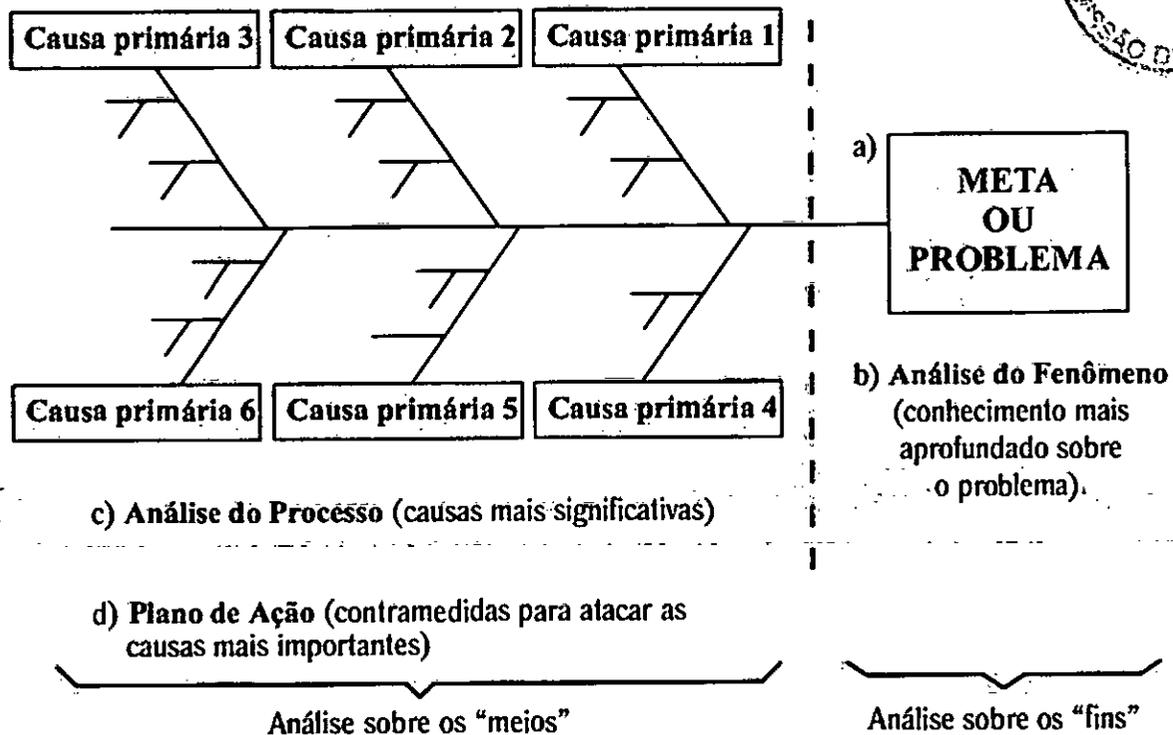
CONTROLE DE PROCESSOS

Processo é um conjunto de causas que provoca um ou mais efeitos. Quando algo acontece (resultado, efeito), um conjunto de causas (meios) podem ter influenciado esse acontecimento.

Para que não se confundisse causas com efeitos durante o gerenciamento, os japoneses criaram o "diagrama de causa e efeito", que é comumente chamado de "diagrama de espinha de peixe" ou "diagrama de Ishikawa", conforme a figura a seguir:



DIAGRAMA DE ISHIKAWA



Uma empresa é um processo e dentro dela estão vários outros processos menores, que compõem o fluxo de produção dos bens ou fornecimento dos serviços.

O primeiro passo para o controle dos processos consiste em identificar os clientes de determinado processo que devem ter suas necessidades atendidas.

Muitas vezes esses clientes são áreas ou departamentos internos, ou seja, clientes internos, fato que não toma menos importante o cuidado com a sua satisfação.

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.



Esse índice mede a qualidade intrínseca, o custo, o prazo/data da entrega, a segurança do serviço que será ofertado ao cliente e o moral das pessoas que trabalham em seu processo de fabricação.

Tem-se, assim, que um processo é gerenciado pelos seus itens de controle, os quais são acompanhados periodicamente para que seja possível a identificação de problemas e sua respectiva remoção.

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.

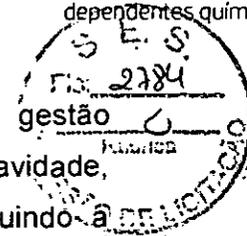
Controlar um processo é saber identificar um problema, analisar o processo, padronizá-lo e estabelecer itens de controle para que o problema nunca mais volte a ocorrer.

O ato de padronizar e estabelecer itens de controle após a análise dos processos constitui um replanejamento do processo.

Existe, além do lado técnico acima descrito, o lado humano do controle de um processo.

Os japoneses têm como princípio a visão de que o homem possui uma natureza boa.

Logo, quando um problema ocorre, não existe um culpado e sim causas que devem ser investigadas por todos.



O IBGH também utilizará diversas ferramentas para apoiar a gestão operacional eficaz, tais como gráficos de Pareto, Matriz de GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) etc. conforme a necessidade, não se excluindo a utilização de novas técnicas de monitoramento, identificação de falhas, agilização das correções de problemas etc., desde que essas novas técnicas sejam comprovadamente eficazes.

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA

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:

- a) Ação a ser tomada (com base nas fontes de variação identificadas durante a fase de Análise);
- b) Responsável por cada ação;
- c) Data prevista de implementação;
- d) Data de emissão do documento e data de revisão;
- e) Se possível, um indicador de acompanhamento da ação.

Possivelmente muitas soluções serão apresentadas e algumas serão testadas.

As etapas deste processo são:

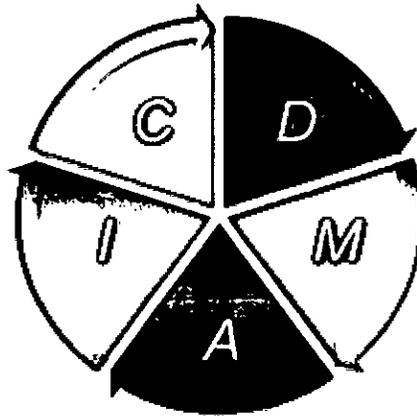
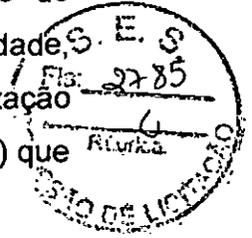
- a) Levantamento de possíveis soluções;
- b) Implantação das soluções;
- c) Avaliação de eficiência.

Neste processo de melhoria contínua, serão também implementadas sucessivamente após a consolidação da ferramenta PDCA, a ferramenta SIX SIGMA e suas metodologias, especialmente a DMAIC.

SIX SIGMA

Six Sigma é uma ferramenta de melhoria de processos, desenvolvido pela Motorola em 1986, inclusive sendo usado nos serviços de saúde. Six Sigma visa melhorar a qualidade de saídas do processo, identificando e

eliminando as causas de defeitos (erros) e minimizar a variabilidade de processos. Ele utiliza um conjunto de métodos de gestão da qualidade, incluindo métodos estatísticos, a partir de pessoas dentro da organização ("Grupo Vermelho", "Grupo Laranja", "Grupo Verde", "Grupo Amarelo", etc) que são capacitadas no método:



D–Levantamento (Define) o sistema, a voz do cliente/usuário/RAS e suas necessidades, e as metas, especificamente;

M–Proposta (Measure) os principais aspectos do processo atual e coletar dados relevantes.

A–Implantação (Analyse) os dados para investigar e verificar as relações de causa-e-efeito. Determinar que as relações são, e tentar garantir que todos os fatores foram considerados. Procurar causa raiz do defeito sob investigação.

I - Capacitação (Improve) o processo atual com base na análise de dados usando técnicas como desenho de experimentos, prova de erros, e padrão de trabalho para criar um novo processo, futuro estado, configurar novo padrão para estabelecer a capacidade do processo.

C- Operação (Control) o processo de estado futuro para assegurar que quaisquer desvios poderão ser corrigidos antes que resultem em erros. Implementar sistemas de controle como o controle estatístico do processo, comunicação visual, adequação dos locais de trabalho e monitoramento continuamente o processo.

Cada projeto Six Sigma realizado dentro de uma organização segue uma sequência definida de passos e tem metas quantificadas, como por exemplo:



reduzir o tempo de ciclo processo, reduzir a poluição, reduzir custos, aumentar a satisfação dos clientes / usuários. O termo Seis Sigma inicialmente originado da terminologia associada com a fabricação, mas também associado à modelagem estatística de processos pode ser descrito por uma classificação sendo que o sigma indica o seu rendimento ou a percentagem de processos livres de defeitos/erro. Um processo de seis sigma é aquele em que 99,99966% dos processos são esperadas estatisticamente para estar livre de defeitos/erros (3,4 partes defeituosas/milhão), essa meta tornou-se uma palavra- sigma norteando práticas de gestão e engenharia utilizados para alcançá-la.



DMAIC

O-DMAIC é um método que faz parte do conjunto de práticas do Seis Sigma e tem como meta melhorar um processo existente na empresa. Um projeto DMAIC é efetivo também para o aumento da produtividade, redução de custos, melhoria em processos administrativos e outras.

A metodologia DMAIC está focada na robustez e simplificação dos processos, de forma a assegurar a redução do nível de defeitos, o aumento da satisfação dos clientes e da lucratividade da organização. Esta metodologia apresenta variações de empresa para empresa, porém, todas trabalham de forma semelhante.

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 princípio 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 dos 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:

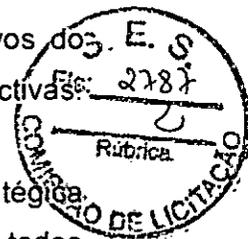
- a) Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia em termos operacionais;
- b) Comunicar a estratégia para toda a organização (visão compartilhada);
- c) Garantir que os componentes da estratégia – objetivos, indicadores e ações – estejam relacionados entre si;
- d) Desenvolver o aprendizado estratégico; Formar a base de um processo de gerenciamento estratégico integrado, contínuo e eficiente.
- e) Além disso, o Balanced Scorecard mostrou-se uma excelente ferramenta de gerenciamento, aplicável na implementação de novas estratégias. Deve-se a isso o fato de ela promover uma relação entre a missão, visão, estratégia e as tarefas e ações operacionais da organização.

ANÁLISE SWOT

Para a construção dos produtos da reflexão estratégica, serão utilizados conceitos de análise SWOT. A análise SWOT – Strengths (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:

- a) Efetuar uma síntese das análises internas e externas;
- b) Identificar elementos-chave para a gestão da organização, o que implica estabelecer prioridades de atuação;
- c) Preparar ações estratégicas.

A análise SWOT pode ser organizada em uma matriz 2x2. 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.



AUDITORIAS INTERNAS

A Gerência da Qualidade, pela adoção de uma cultura administrativa focada na melhoria contínua, na qualidade, na eficiência e na satisfação dos usuários exige planejamento estratégico, controle permanente das atividades através de ações de monitoramento dos resultados e ações de melhoria/correção de processos. Os processos de monitoramento e avaliação permitem o efetivo acompanhamento de todos os processos e dos resultados finais.

Com o objetivo de acompanhar permanentemente, e mais de perto, os indicadores, e prevenir e/ou identificar com rapidez desvios em relação a metas, ética etc (desvios estes provenientes de colaboradores, parceiros, usuários ou fornecedores), as unidades assistenciais, terão sob a responsabilidade da Gerência da Qualidade as Auditorias Internas.

Atributos da Auditoria Interna:

- a) Avaliação, controle e fiscalização dos serviços de saúde, visando à melhoria da área assistencial com adequada utilização de recursos.
- b) Acompanhar os principais indicadores qualitativos, quantitativos e econômicos das Unidades de Saúde informando, diretamente, ao Diretor Geral sobre desvios relevantes:
- c) Propor correções;
- d) Desenvolver ações pró-ativas nos processos gerenciais;
- e) Processo de verificação multiprofissional;
- f) Defender os interesses as Unidades de Saúde;
- g) Objetivos finais: Qualidade, Custo, Acesso;
- h) Foco nos usuários;
- i) Governança corporativa, Responsabilidade Social e Ética;

A Auditoria Interna tem como prioridades:

- a) Estruturação de sistemas de informação e de indicadores para monitoramento da gestão e da qualidade do cuidado aos usuários;
- b) Gestão da qualidade: auditoria de qualidade inconformidades e eventos sentinelas;
- c) Monitoramento da escuta qualificada do usuário: satisfação do usuário, ouvidorias, reclamações e denúncias como eventos sentinelas;
- d) Monitoramento dos registros hospitalares: integração dos setores de arquivo, das comissões internas de prontuário, óbitos, infecção hospitalar e vigilância epidemiológica, com foco no acesso, qualidade e custo da atenção.
- e) Monitoramento dos registros da produção nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar: auditoria de prontuários (por amostragem) com vistas à melhoria da qualidade das informações de faturamento e redução de glosas;
- f) Monitoramento das linhas de cuidado: Acolhimento e humanização, Clínica ampliada e Sistema de triagem de risco para as urgências.



Todas as Auditorias nos Sistemas de Gestão da Qualidade, Gestão Ambiental e de Saúde e Segurança, Segurança do Paciente, tanto internas quanto gap analysis, conforme os requisitos normativos aplicáveis e Auditorias de Compliance garantem o levantamento das conformidades legais nos sistemas de gestão o que e determinam estratégias para melhoria.

INDICADORES DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E ECONOMICO-FINANCEIROS

Serão apresentados os indicadores selecionados e as sistemáticas de aplicação de ações corretivas.

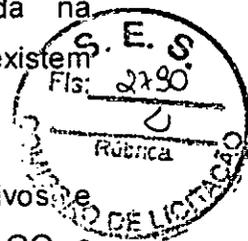
Esse acompanhamento deve ser realizado através de mecanismos de Regulação e Auditoria interna possibilitando a alimentação do ciclo da gestão da qualidade.

O monitoramento de indicadores que meçam o desempenho, a qualidade, a produtividade e os resultados econômico-financeiros é fundamental para que a gestão do HUGO 2 possa atingir os resultados esperados quanto às metas e, o mais importante, a satisfação do usuário.





O monitoramento de indicadores possibilita uma reação rápida na eventualidade de desvios em alcançar as metas propostas, quando existem insatisfações dos usuários, dos colaboradores ou fornecedores.



Embora diversos indicadores do HUGO 2 (qualitativos, quantitativos e econômicos) venham a ser controlados e acompanhados pela SES – GO, a agilidade na solução de problemas e correção de rumos é imprescindível para uma gestão eficaz.

Atributos da Auditoria Interna Hospitalar:

- Avaliação, controle e fiscalização dos serviços de saúde, visando à melhoria da área assistencial com adequada utilização de recursos.
- Acompanhar os principais indicadores qualitativos, quantitativos e econômicos do HUGO 2 informando, diretamente, ao Diretor Geral sobre desvios relevantes:
 - Propor correções;
 - Desenvolver ações pró-ativas nos processos gerenciais;
 - Processo de verificação multiprofissional;
 - Defender os interesses do hospital;
 - Objetivos finais: Qualidade, Custo, Acesso;
 - Foco nos usuários;
 - Governança corporativa, Responsabilidade Social e Ética;

A Auditoria Interna tem como prioridades:

1. Estruturação de sistemas de informação e de indicadores para monitoramento da gestão e da qualidade do cuidado aos usuários;
2. Gestão da qualidade: auditoria de qualidade inconformidades e eventos sentinelas;
3. Monitoramento da escuta qualificada do usuário: satisfação do usuário, ouvidorias, reclamações e denúncias como eventos sentinelas;



4. Monitoramento dos registros hospitalares: integração dos setores de arquivo das comissões internas de prontuário, óbitos, infecção hospitalar e vigilância epidemiológica, com foco no acesso, qualidade e custo da atenção.



5. Monitoramento dos registros da produção nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar: auditoria de prontuários (por amostragem) com vistas à melhoria da qualidade das informações de faturamento e redução de glosas;

6. Monitoramento das linhas de cuidado: Acolhimento e humanização, Clínica ampliada e Sistema de triagem de risco para as urgências.

2.6. INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO COM A SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE GOIÁS

Além do relacionamento natural decorrente da prestação de contas que o IBGH deverá, periodicamente, apresentar à SES-GO, poderão ocorrer fatos novos, intercorrências, sugestões de melhoria etc. que requeiram esclarecimentos e/ou negociações adicionais, solicitados tanto pelo IBGH quanto pelos entes públicos retro mencionados.

A sugestão é a realização de uma reunião mensal entre a equipe gestora do HUGO 2 e a SES-GO para acompanhamento e discussão de sugestões/ocorrências no atendimento dos usuários ou o surgimento de novos requisitos a serem atendidos.

As comunicações entre o IBGH e os entes públicos envolvidos no acompanhamento, supervisão, controle e orientação do HUGO 2 devem ser sempre formalizadas através de correspondências rastreáveis (cartas, memorandos, ofícios, e-mails etc.).

Relatórios específicos poderão ser sempre solicitados pela SES-GO à equipe gestora do HUGO 2.



2.6.1. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

Irregularidades, no preenchimento do prontuário poderão gerar efeitos danosos para o usuário do hospital, para o médico e para a medicina.

A letra dos profissionais nas prescrições, por exemplo, poderá ensejar troca de medicamentos, o que poderá ser fatal para o usuário.

A falta de detalhamento nos prontuários, pode gerar, reclamações e litígios.

Pesquisas e avaliações também poderão ser prejudicadas.

É comum, em pesquisas sobre determinada doença, o descarte de prontuários, por dados incompletos ou não confiáveis.

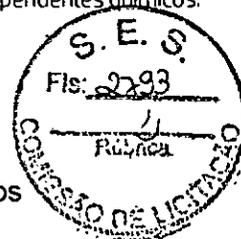
Repetidas vezes, não há descrições de detalhes, de situações interessantes e de achados anormais.

A função primordial do prontuário como fonte de dados, vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros.

O conjunto das normas de uso dos registros clínicos é regido por leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos e/ou regimentos, que frequentemente sofrem mudanças e também há o advento de novos dispositivos legais.

A inclusão de informações precisas nas anotações do prontuário tem por objetivo maior proteção do médico e do usuário.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução N° 1.638/2002, prontuário é definido como "documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada/ de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo".



1. USO ADEQUADO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

O prontuário deverá ser organizado para prestar serviços ao usuário, aos profissionais, à Direção e à CRP.

Servirá, sobretudo, como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística, sindicância, prova de que o usuário foi ou está sob tratamento adequado, investigação epidemiológica, processo ético e legal, comunicação entre os profissionais das equipes, defesa e acusação.

A avaliação da qualidade e da quantidade dos serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. Será fundamental que estejam contidos neste documento todos os dados sobre o usuário dos serviços e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

Para o médico e outros profissionais das equipes constitui defesa legal, como prova documental.

Fornece, também, dados estatísticos para o médico e outros profissionais das equipes e para a administração.

Possibilita investigações epidemiológicas de interesse para a comunidade e para a administração do serviço. Os dados contidos no prontuário têm sido utilizados em epidemiologia, por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população.

Facilita o estudo dos diagnósticos e a avaliação das terapêuticas adotadas, bem como a análise de casos em reuniões científicas.

2. DECLARAÇÕES E ATESTADOS

O SAME tem uma área especializada em responder a demandas dos próprios pacientes e das autoridades judiciais sobre a emissão de laudos e atestados. Quando um documento como esse é solicitado, a primeira análise deve ser a legal, em existindo previsão de entrega do documento, o profissional responsável pelo atendimento deve ser solicitado a produzir o documento ou o próprio setor poderá retirar a informação dos registros existentes.



3. PESQUISAS EM PRONTUÁRIOS

O arquivo de prontuários terá dependência reservada para pesquisas em prontuários com funcionários para o controle de fornecimento, guarda e registro de movimentação dos prontuários utilizados.

(Parecer CFM n.º 34/1999). O desaparecimento de documentos médicos pode implicar repetição de exames, por vezes invasivos e arriscados, dispendiosos. Podem-se criar processos de perdas e danos e sindicâncias pertinentes (Parecer-Consulta CFM n.º 05/96; Parecer-Consulta CFM Nº 02/94).

Serão aplicadas normas de punição em casos de perdas ou de danos por negligência.

4. GUARDA DE PRONTUÁRIOS

A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam e que são:

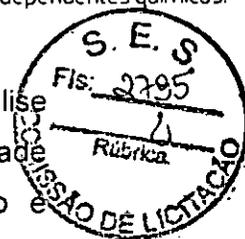
- Chefias de equipe,
- Chefias de clínica,
- Diretor Técnico (Resolução CFM Nº 1.638/02).

A guarda do prontuário é da responsabilidade do hospital através do seu Serviço de Arquivo Central ou da clínica que presta atendimento no período de internação ou atendimento ambulatorial.

Findo o prazo legal para guarda dos prontuários, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM Nº 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente.

5. DESTRUIÇÃO DO PRONTUÁRIO

É infração à ética médica.



A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar à qual pertence o arquivo de revisão de prontuário e garantida a preservação permanente em meio eletrônico, isto é, informatização, microfilmagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfilmagem dificulta pesquisas, mas dura mais de vinte anos e pode ser refeita.

6. ARQUIVO MORTO

Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda importante. Para solucionar essa questão, a microfilmagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento.

7. POSSIBILIDADE DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE DOCUMENTOS - GED

A guarda, digitalização e organização de documentos, poderá ser através de processos eletrônicos, conforme a legislação vigente.

Digitalização e Indexação de Documentos permitem armazenamento nos servidores, acessíveis sete dias semana, 24 horas por dia.

Vantagens:

- Consulta via WEB com segurança, agilidade;
- Facilidade de acesso por mais de um usuário;
- Possibilidade de envio dos documentos via e-mail;
- Redução do desgaste físico do documento;
- Redução no tempo de recuperação da informação;
- Redução de cópias impressas;
- Cópias de segurança;
- Redução de áreas de arquivamento;
- Alta disponibilidade e
- Segurança garantida para os seus dados;



8. MICRO-FILMAGEM

Há instituições que destroem os prontuários depois da microfilmagem. A fotocópia do microfilme pode ser usada em juízo.



9. ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

O prontuário poderá ser instrumento de defesa e de acusação.

"O que não está escrito no prontuário não aconteceu". Por conseguinte, será pertinente anotar, com detalhes, todas as dificuldades no atendimento do usuário, de qualquer natureza.

A falta de certas condições materiais (equipamentos e medicamentos) para o atendimento adequado dos usuários, a ausência de infraestrutura e o conseqüente uso de substitutos inadequados e outras anormalidades, deverão ser anotadas. Tal iniciativa não desobrigará o profissional de comunicar essas irregularidades à Chefia imediata.

Para se evitar questionamentos no âmbito judicial, os profissionais deverão descrever com detalhe, clareza e precisão de localização anatômica etc.

10. SIGILO PROFISSIONAL

O médico ou outro profissional não poderá, sem o consentimento do usuário, divulgar a terceiros o conteúdo do prontuário ou da ficha médica. Em casos de requisições, por parte da autoridade judiciária, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz (Resolução CFM NQ. 1.605/00). No prontuário do usuário estará toda a situação médica deste, cuja revelação poderia fazer com que ele (o usuário) sonegasse informações, o que poderia prejudicar o seu tratamento.

Ressalta-se que o sigilo não será exclusivo para o médico. Será, também, de responsabilidade dos outros profissionais que compõem as equipes ou mesmo dos estudantes e estagiários que, por alguma razão, tenham conhecimento de fatos sigilosos do usuário.



Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do usuário, com a anuência deste e nunca em seu prejuízo. Entretanto, a obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não terá caráter absoluto. A revelação do segredo médico, em caso de investigação de possível abortamento criminoso, por exemplo, far-se-á necessária em termos, com ressalvas do interesse da usuária. A Ficha Clínica ficará à disposição do perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (Código de Ética Médica).

A quebra do sigilo profissional, depois da morte de um usuário dos serviços de saúde, afigura não um crime de revelação de segredo, mas, delito de violação de respeito aos mortos.

Serão poucas as situações em que a quebra do sigilo médico será permitida:

- Crimes que não impliquem processo criminal contra o usuário;
- Notificação compulsória de doenças transmissíveis;
- Comunicação de morte materna;
- Atuação do médico como perito judicial;
- Declaração de nascimento e de óbito;
- Comunicação de maus-tratos em menores;
- Notificação de violência contra a mulher

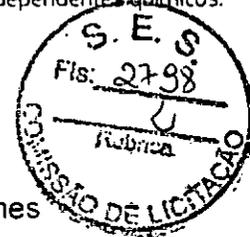
11. PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SAME.

Considera a importância do prontuário médico, desde a sua elaboração até seu destino final no arquivo morto.

Este serviço deverá colaborar para o assessoramento da Comissão de Revisão de Prontuários e para a guarda do sigilo necessário. Deve estar estruturado em três setores:

12. SETOR DE REGISTRO GERAL,

- É a área identificada como a que:



- Recepciona o paciente;
- Registra seus dados de identificação;
- Abre a ficha de atendimento (pronto-socorro, ambulatório, exames subsidiários, internação);
- Abre a ficha-índice (utilizada no arquivo geral para registrar a entrada do paciente e identificá-lo com um número único);
- Abre o prontuário.

O paciente, ao chegar pela primeira vez ao hospital será identificado por meio de uma ficha de atendimento, onde será registrado o que for realizado.

Esse documento ficará no hospital para documentação do atendimento realizado. Esta ficha deverá estar acompanhada, quando for o caso, de documento de consentimento assinado pelo paciente, onde ele se declara informado do que será realizado e autoriza o hospital a realizá-lo.

O arquivamento da ficha de atendimento e de seus anexos é realizado pela ÁREA DE ARQUIVO do SAME, apenas pelo número e data da realização do atendimento.

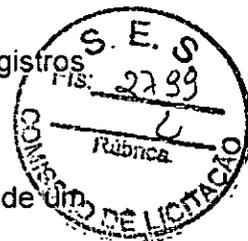
Outra possibilidade é que o paciente venha a ter um atendimento que se desdobrará em outras atividades no hospital, como uma internação ou o início de um tratamento contínuo (ambulatorial ou reabilitação).

Nesse caso, sua identificação deve gerar inicialmente uma ficha de registro - ficha-índice - cuja utilidade é ser a informação que sempre permite a rápida localização das informações do paciente, a cada passagem do paciente pelo serviço, por meio de seu número de registro. Este é um procedimento fundamental, pois os pacientes ao terem um único número de informação, têm também um único processo de registro dos atos médicos realizados no hospital (prontuário médico), o que permite que o seu tratamento seja sempre concatenado com toda a sua história clínica.

Deve ser valorizada a ideia da continuidade do tratamento e, portanto, do registro único e, conseqüentemente, do prontuário único. Também tem contribuído para uma revalorização desta função e do próprio SAME o



movimento de certificação hospitalar, que exige um prontuário único e registros confiáveis.



A saída do paciente se dá por alta, óbito, transferência ou fuga. Trata-se de um momento crítico do processo de atenção.

A saída por alta médica (existe a saída por alta a pedido do paciente ou de seus familiares) inicia-se com o comunicado do médico ao paciente, continua com a prescrição da alta, com a orientação do paciente em relação aos cuidados a serem executados fora do hospital (que devem ser comunicados por todos os profissionais envolvidos no cuidado) e com a liberação do leito pelo Sarne. Esta unidade se responsabiliza pela conferência do prontuário, se ele está completo, com documentos como resumo de alta.

Quando a saída se dá por óbito, ainda lhe cabe verificar se o atestado de óbito está correto.

13. SETOR DE ESTATÍSTICA

Nas suas atividades se incluem:

- A elaboração de estatísticas,
- A verificação e análise dos componentes do prontuário, garantindo sua completude e para assegurar que esteja de acordo com os padrões estabelecidos pela Comissão de Prontuário.

Em casos relevantes, será preciso providenciar as retificações de preenchimentos inadequados, sob a responsabilidade do profissional que os realizou. O setor será abordado com maior profundidade no Item "Descrição de funcionamento da Unidade de Estatística".

14. SETOR DE ARQUIVO CENTRAL:

O setor é responsável:

- Pela guarda e conservação dos prontuários que constitui, essencialmente, a memória escrita da instituição assistencial; Pelo controle de entradas e saídas



dos prontuários;

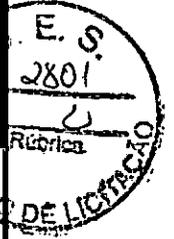
- Conferência e ordenamento dos formulários e fichas;
- Colagem de laudos, provenientes das consultas especializadas; Pela custódia do prontuário;
- Pela disponibilidade das informações quando for objeto de necessidade de ordem médica, social, administrativa, jurídica e do próprio paciente;
- Fornecimento dos prontuários aos setores de internação, de ambulatório e para consulta pelos profissionais ou pelo paciente, quando requisitado.

15. O MODELO DE ARQUIVAMENTO pode ser:

- Numérico sequencial;
- Numérico com utilização de dígito terminal, com ou sem cores.
- O segundo modelo (dígito terminal com cores), embora mais complexo, oferece segurança contra os erros de arquivamento, além de permitir um melhor planejamento físico do sistema. Com a implantação do prontuário totalmente eletrônico, diminuirá, em muito, a complexidade atual com a sua circulação e controle.

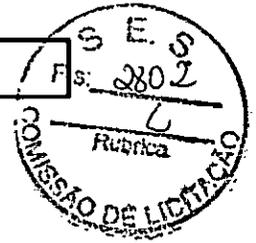
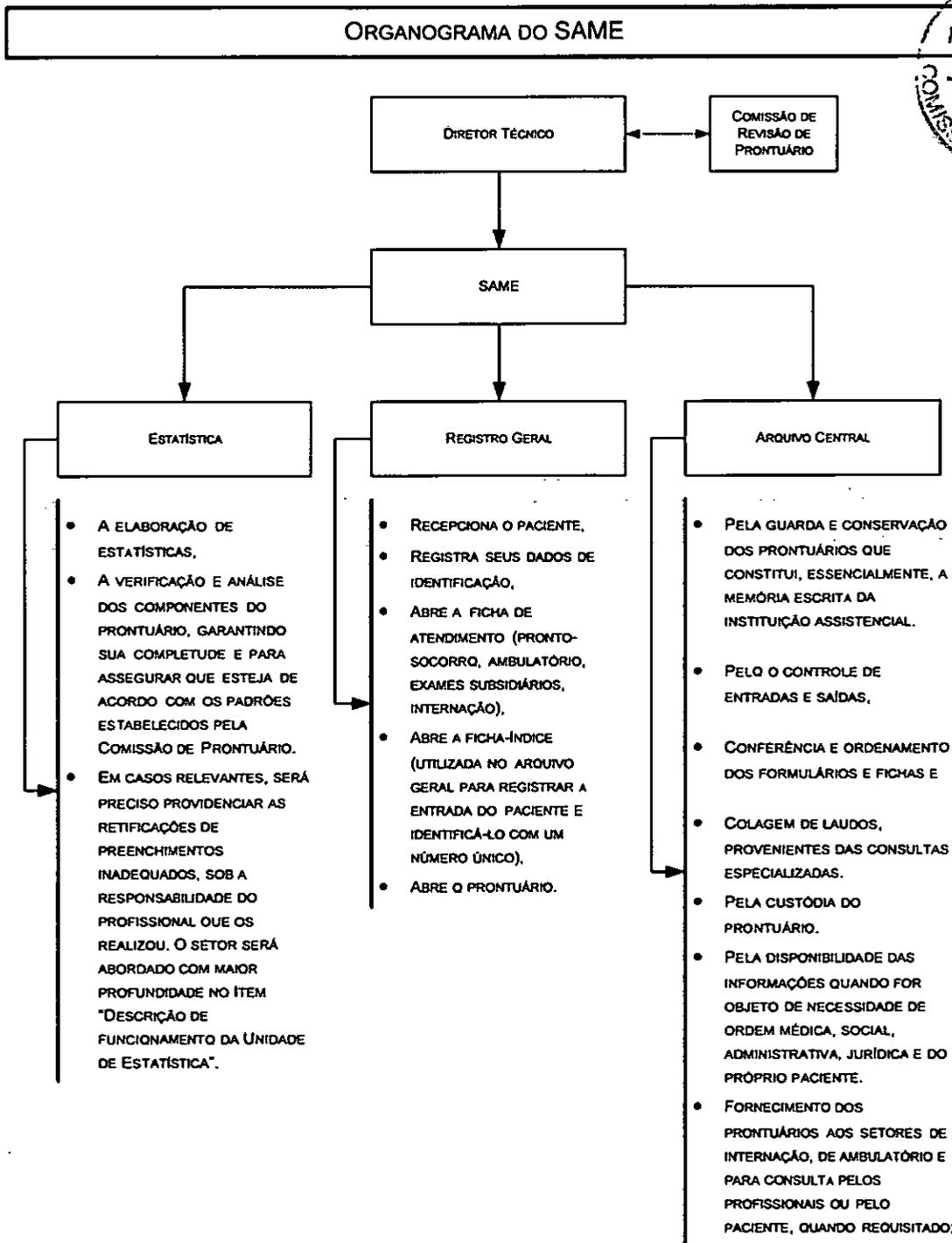


Prontuários com o número de registro terminado em 00 a 09: VINHO	
Prontuários com o número de registro terminado em 10 a 19: LILÁS	
Prontuários com o número de registro terminado em 20 a 29: AMARELO	
Prontuários com o número de registro terminado em 30 a 39: ROSA	
Prontuários com o número de registro terminado em 60 a 69: AZUL CLARO	
Prontuários com o número de registro terminado em 70 a 79: AZUL ESCURO	



Exemplos de Arquivamento Numérico com utilização de dígito terminal, com cores.

Organograma do Same



[Handwritten signature]

2.6.2. UNIDADE DE ESTATÍSTICA

A Unidade de Estatística está englobada dentro da estrutura do SAME e é responsável pela apuração dos dados constantes nos prontuários e demais informações que a Diretoria e a SES-GO necessitam para avaliação e controle.



2.7. LIMITES DE RESPONSABILIDADES DO IBGH NO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO DO HUGO 2

A gestão de uma Unidade Hospitalar com o perfil do HUGO 2 não permite que haja dúvidas quanto à amplitude da assunção de responsabilidades pelo IBGH.

A assunção de responsabilidades pelo IBGH, e seus diretores e prepostos, em relação ao Chamamento 003/2014 - Republicação é total, abrangendo a responsabilização tanto cível quanto criminal, perante a SES - GO, as entidades de classe responsáveis por autorizações ou acompanhamentos das atividades médico-hospitalares, os órgãos públicos encarregados de expedir alvarás, autorizações etc. e também aqueles responsáveis pela monitoração das atividades hospitalares e médicas.

Também perante os órgãos responsáveis pela gestão ambiental, segurança do trabalho etc. o IBGH será o responsável em ambas as esferas, cível e criminal.

2.8. O MODELO DE RELACIONAMENTO COM A SES-GO

A Política de Saúde pressupõe observar a estratégia de implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), para a formação da Rede de Atenção à Saúde, visando o aperfeiçoamento do atendimento do SUS. A formação de redes de atenção impulsionam os hospitais à plena integração às redes municipais e estaduais.

As Redes de Atenção à Saúde (APS) baseiam-se nos seguintes conceitos:

- ✓ Definição de um escopo de ações e serviços prestados a uma população definida, em território definido, por Unidades de Saúde de diferentes complexidades, em arcabouço matricial;
- ✓ Estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;



✓ Integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;

✓ Eficiência e transparência na gestão dos recursos;

✓ Gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com É fundamental que ao se integrar nas Redes de Atenção à Saúde o HUGO 2 enfrentará questões fundamentais no processo de implementação dessa política de integração com o gestor estadual da saúde. Dentre elas, podemos destacar:

- Construção de sistemas de saúde no espaço regional;
- Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade;
- Organização da atenção, segundo critérios de escala e escopo;
- Desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica e gerencial;
- Integração institucional, mediante compromissos com resultados;
- Foco nas relações de interdependência entre os atores envolvidos;
- Apoio de sistemas unificados e ágeis de informações geoprocessadas, bem como de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão;
- Responsabilização pelos custos e resultados de saúde da população adstrita;
- Sistema de governança participativo e único, com ampla ação inter setorial.

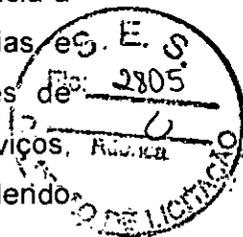
A proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) surge como uma estratégia de fortalecimento e articulação do serviços e ações de saúde. A estruturação do TEIAS pressupõe, tanto o processo de integração da saúde em nível territorial, quanto o de integração e alinhamento da estrutura logística e de governança do Estado e Município com a estrutura logística e de governança do HUGO 2.

Os elementos basais de uma Rede de Atenção são os nós da rede: as Unidades de Atenção à Saúde (APS) de diversas complexidades, entretanto, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde; os sistemas que compreendem os serviços de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica e o sistema de informação; os sistemas logísticos de identificação dos usuários; o prontuário clínico único; as centrais de regulação; o sistema de transporte sanitário; o sistema de suprimento e manutenção; e o sistema integrado de governança.





O HUGO 2 poderá participar ativamente das ações de promoção e vigilância à saúde, propostas para o território, como a combinação de tecnologias, conhecimentos que possam, efetivamente, responder às necessidades de saúde da população. O objetivo é avançar na integração entre os serviços, compreendendo a atenção especializada como complementar à APS, podendo ser ambulatorial ou hospitalar.



Em geral, observa-se um excesso de pedidos de exames pelos médicos, sem critérios definidos e sem justificativas clínicas suficientes.

A capacitação dos profissionais para aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários e as justificativas clínicas para exames e consultas, contribuirá para melhorar a continuidade dos cuidados e aumentará a eficiência.

A definição de cotas físicas de serviços especializados, distribuídas para o território, poderá atenuar a má distribuição de acesso, contudo, deverá estar condicionada por critérios epidemiológicos de necessidade.

Mecanismos e instrumentos gerenciais são essenciais no processo de integração da produção de saúde no território como: gestão de listas de espera, história clínica única e prontuário eletrônico, relatório de alta, auditoria clínica, atividades de educação permanente, sistema informatizado de orientação de decisões clínicas, Telessaúde, regulação médica, dentre outros.

A participação do HUGO 2 para a ampliação e integração da produção de saúde no âmbito estadual compreende:

- ✓Parceria no planejamento territorial das necessidades, e a implementação da "Política de Promoção e Vigilância à Saúde;
- ✓Em consonância e articulação com o Gestor estadual, oferecer suporte para a reestruturação da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, a partir de critérios de territorialidade, escala, resolubilidade diagnóstica e terapêutica;
- ✓Em consonância e articulação com o Gestor Estadual, suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência/Emergência, integrados às Linhas de Cuidado, com regulação

efetivada por meio de Complexo Regulador.

O estabelecimento de Protocolos (assistenciais e de encaminhamentos) facilitará a coordenação dos cuidados ao definir fluxos, responsabilidades e normas para a solicitação de procedimentos e referências e permitirá atuação mais efetiva e resolutiva.



O processo compartilhado de elaboração de Protocolos e Linhas de Cuidado por profissionais de diversos níveis assistenciais, entidades profissionais e gestoras facilitará o diálogo e a cooperação entre especialistas e generalistas, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas.

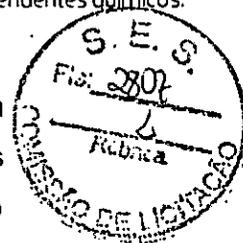
A elaboração de manuais explicativos para os Protocolos e a capacitação dos profissionais da ponta dos serviços para uso, também contribuirá muito para a incorporação dessas ferramentas.

O acesso à atenção especializada poderá ser facilitado pela melhor qualificação das demandas para procedimentos especializados, por meio de capacitações específicas, definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados.

O HUGO 2 oferecerá suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência/Emergência, integrados às Linhas de Cuidado de forma contratual, com regulação efetivada por meio de Complexo Regulador.

O modelo de relacionamento do HUGO 2 com o gestores de saúde estadual será, também, baseado em diversos relatórios de controle qualitativos e quantitativos das atividades assistenciais do HUGO 2, relatórios estatísticos etc.

Além disso, a equipe gestora do HUGO 2 apresentará, sempre que pertinente, sugestões de melhoria do HUGO 2 no aspecto de infra estrutura predial, informática, equipamentos médico hospitalares, móveis etc.



A equipe de gestores do HUGO 2 estará sempre aberta a ouvir e por em prática as sugestões do gestor estadual visando melhorar o atendimento aos usuários do SUS, promover economias nos custos ou propiciar evolução técnica assistencial.

2.9. MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), provocaram profunda mudança no Sistema Único de Saúde. Para que estas Redes funcionem de forma eficiente e humanizada é necessário distribuir os usuários classificados por condições de risco e de forma equilibrada por todos os pontos de atenção, incluindo os hospitais.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, e que resulte em uma adequada coordenação e integração do cuidado.

Para tanto, a organização da Rede de Atenção a Urgência (RAU) tem a finalidade de articular e integrar o conjunto de tudo aquilo que serve para prover os serviços de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAU, em processo de implementação gradativa, em todo território nacional, respeita critérios epidemiológicos e de densidade populacional, priorizando as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011).

O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, atenderá à Portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011, artigo 28, estruturando o NAQH – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, cujas responsabilidades têm foco na regulação assistencial interna e na integração com o sistema local e regional de regulação, levantando as não conformidades.

O NAQH, é responsável pelo diagnóstico das dificuldades relacionadas à porta de entrada de emergência, esclarecendo a Política do Programa SOS Emergências, apontando as medidas a serem adotadas. Responde ao Grupo Condutor Estadual e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às



Urgências. Responsável pela elaboração dos fluxos de atendimento por especialidade e a adoção do Protocolo de Manchester como parâmetro para classificar a gravidade dos pacientes.

O NAQH será composto por gestores, coordenadores e gerentes, elabora metas e atua junto aos funcionários de cada setor do Hospital, colhe informações, avalia os dados obtidos e aplica ações visando a qualificação da assistência hospitalar.

A regulação médica de urgências, operacionalizada pela **Central de Regulação Médica**, é uma forma de garantir o acesso equânime aos serviços de urgência e emergência.

É estabelecida a partir do critério de gravidade, buscando oferecer ao paciente o recurso mais adequado à sua necessidade. As grades de referência, mostrando as unidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados e a especialidade de cada serviço, possibilitam o cruzamento entre as necessidades dos pacientes e os componentes de saúde da rede.

Assim a regulação assistencial é o instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, operando de forma ágil, rápida e integrada, visando o interesse coletivo do atendimento às necessidades de saúde da população de uma determinada região geográfica.

O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde atende mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

O processo regulatório assistencial abrange: Regulação das referências intermunicipais e regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.





Para tanto, são utilizados mecanismos para monitorar a utilização dos serviços de atenção à saúde e assim fornecer informações valiosas, aos gestores da Saúde, para o ajuste dos recursos à demanda real:



- a) A identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, para permitir o acompanhamento do PPI – Programação Pactuada Integrada e das referências municipais;
- b) Monitorar o cumprimento dos termos de compromisso para garantia de acesso, através de relatórios (mensais, trimestrais etc.), acompanhando os fluxos das referências intermunicipais;
- c) Identificar desajustes entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva de usuários do SUS;
- d) Elaborar relatórios sobre os atendimentos efetuados aos demais municípios, pactuados ou não.

O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 contará com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), órgão colegiado, por determinação da Secretaria da Saúde e do Ministério da Saúde. Representa a interface com a Central de Regulação Macrorregional.

O **NIR-Núcleo Interno de Regulação**, órgão colegiado, cujas as principais atribuições são:

- a) Gerenciar os leitos e atualizar diariamente o censo hospitalar;
- b) Fazer a avaliação diária da taxa média de ocupação do PA;
- c) Coordenar a regulação no âmbito hospitalar;
- d) Interface do hospital com a Central de Regulação e o SAMU, gerenciando as internações conforme a pactuação estabelecida e também os imprevistos;
- e) Utilizar o protocolo único de Classificação de Risco.

O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira, porta hospitalar de urgências e emergências estará integrado com as unidades de referência e contra referência conforme pactuação, subordinado ao Complexo Regulador que detém todas as informações da rede, ou seja, os serviços para os quais pode transferir os casos que superam a capacidade resolutiva da unidade,



dispondo dos meios de transporte adequados, conforme o risco clínico dos pacientes.

O processo de articulação com outras Instituições de Saúde para o encaminhamento, transferência e recepção (contra-referência) de pacientes fica sob a responsabilidade do Complexo Regulador que regula os Componentes Hospitalares da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda dos leitos de terapia intensiva, e de acordo com as linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

A Equipe do HUGO 2 estará habilitada para acompanhar o paciente, quando necessário. Inclui com todas as informações sobre os pacientes na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência.

Os pacientes e/ou acompanhantes serão informados sobre o motivo da transferência, e demais esclarecimentos.

Os meios de transporte estarão equipados adequadamente para a realização de transferências sob a responsabilidade do SAMU ou da própria unidade, com garantia de Procedimentos de controle da adequação dos meios de transporte, aos requisitos e critérios clínicos de transferência. Ainda, adequado Sistema de comunicação, que assegurará as transferências e agilidade dos mecanismos utilizados nos contatos entre os médicos e serviços. A Instituição manterá os manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizados(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e critérios para a transferência e admissão de clientes/pacientes encaminhados por outros serviços; bem como as estatísticas básicas. Portanto, existirá um Sistema de análise crítica dos critérios clínicos relativos às transferências e admissões por contra-referência de pacientes.



**2.10. CONTRAREFERÊNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.**

A implantação das Redes de Atenção à Saúde, provocaram profunda mudança no Sistema Único de Saúde, e tal fato exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas, agudização das condições crônicas e sobre as condições agudas.

Para que estas Redes funcionem de forma eficiente e humanizada é necessário distribuir os usuários classificados por condições de risco e de forma equilibrada por todos os pontos de atenção, incluindo os hospitais. Não será possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência, sem retirar deles o grande número de usuários que sofrem das "urgências menores".

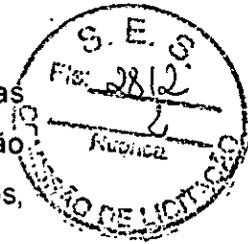
Os usuários em situações de urgências menores deverão ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Dessa forma, este ponto de atenção à saúde (a APS) necessita de mudanças e modernizações logísticas, fundamentais para a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores.

Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de Gestão da Clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atenderem, além das ações programadas, às ações não programadas das urgências menores da demanda espontânea.

O modelo hospitalar de Urgência e Emergência mais adequado, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, é o da integralidade do cuidado hospitalar.

O atendimento assistencial nas Organizações de Saúde em geral, e especialmente no hospital, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.



O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outros motivos, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, e que resulte em uma adequada coordenação e integração do cuidado.

O hospital contribui para a integralidade do cuidado, almejada pelo SUS, fazendo uma adequada contra referência, após realizar o atendimento.

Mesmo que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS.

Um ponto de partida para tornar mais eficiente o atendimento de urgências e emergências em hospitais, sem dúvida, é a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgências, capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da Rede.

Neste caso, o hospital é quem faria a referência para outros serviços.

Para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o desejo ideal do sistema é o usuário acessar a rede básica, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe.

Por exemplo, o momento da alta hospitalar de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do cuidado em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo o papel da contra referência, mas, pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico.



O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de vida.

Por todas as questões apontadas é que se tem procurado pensar, nos últimos anos, modelos gerenciais de atenção do SUS que tomem como referência a produção do cuidado da forma mais integral possível e que sirva, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde nestes estabelecimentos, a partir do cuidado ao paciente.

2.11. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DO HUGO 2

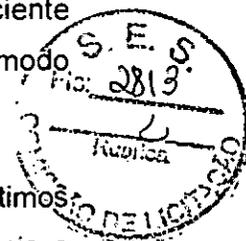
O transporte inter-hospitalar que será oferecido aos pacientes do HUGO 2 terá como objetivo primordial que todos os direitos do usuário sejam assegurados. A responsabilidade do transporte inter-hospitalar é do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU via central estadual de regulação.

A portaria 2.048 de 5/11/2005, do Ministério da Saúde, normatiza a matéria, e o HUGO 2 observará a referida portaria.

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de assistência que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

Este transporte poderá ser aéreo, aquático ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, tais como a existência de estradas, aeroportos, portos etc. bem como a condição clínica do paciente.

O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados.



2.11.1. RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE

O médico responsável pelo paciente deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e contatar previamente o serviço receptor;

Não remover paciente em risco iminente de morte, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes, específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

Esgotar todos os recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;

A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, tais como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência.

Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de responsável;

A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico receptor, nos casos de transferência em via de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura ou do





médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;

Nos casos de transporte de pacientes críticos para a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, removerem pacientes sem contato prévio com a instituição receptora;

Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;

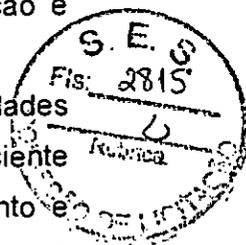
Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;

Nos casos de operadoras de planos de assistência à saúde permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU 13, de 4 de novembro de 1998 e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

2.11.2. RESPONSABILIDADES DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

São responsabilidades da Central de Regulação:

O acionamento e acompanhamento da unidade de transporte, caso esta se localize descentralizada em relação à central de regulação. Nestes casos, a localização dos veículos e da equipe de saúde responsável pelo transporte



J
M
Q



deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;

Utilizar o conceito de "vaga zero", nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.



2.11.3. RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE TRANSPORTE

Ficam estabelecidas as seguintes atribuições à Equipe de Transporte:

Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

No caso de transporte terrestre deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulação e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;

O transporte inter-hospitalar pediátrico deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas ao adequado atendimento pediátrico;

Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;

Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

Comunicar ao médico regulador o término do transporte.

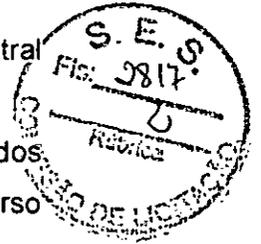
2.11.4. RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO MÉDICO RECEPTOR

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades / Atribuições ao Serviço Médico Receptor:

J.
h



- >Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de resolução médica de urgência;
- >Acatar a determinação do médico regulador para o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não no conceito de "vaga zero";
- >Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médico de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- >Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- >Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- >Comunicar à Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.



A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuidade da assistência à saúde do paciente, sob supervisão médica, quer pelo médico assistente transferente, quer pelo médico receptor. Inclua-se, ainda, nesta conduta médica, a responsabilidade do técnico, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora. É necessário destacar, que o ato de transferência entre unidades hospitalares não pode suspender ou interromper o direito continuado de assistência à saúde do paciente, seja por razões objetivas (falta de estrutura técnica para o atendimento, equipamento, etc.), seja por razões subjetivas (vontade do paciente/familiares).

Em suma, o ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

As resoluções do Conselho Federal de Medicina – CFM, apesar de desprovidas de força de lei, trazem grande contribuição ética aos profissionais médicos nas condutas praticadas na assistência à saúde de determinado paciente.



A Resolução CFM 1.672/2003, trata do transporte inter-hospitalar sob o ponto de vista da assistência ao paciente, dispondo de forma clara e objetiva, conforme abaixo:

"Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:



- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar vaga aos casos que se enquadram em sua capacidade de resolução.
- Paciente com risco de morte não pode ser removido sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.
- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.
- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter concordância do(s) mesmo(s).
- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.
- Todo paciente deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.
- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de autorização, por escrito e assinado, do paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.



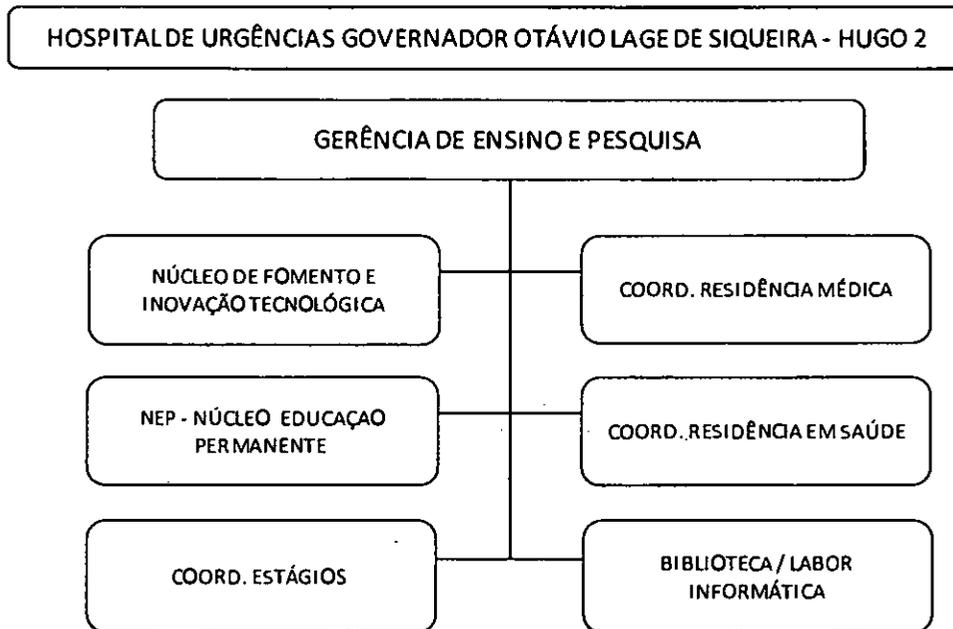
- A responsabilidade inicial de remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. (...).”

2.12. PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE DA SES-GO

O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 realizará as atividades de ensino e pesquisa segundo plano de trabalho da Gerência de Ensino e Pesquisa, entre elas, com destaque, as funções educativas e de investigação da organização. Desta forma, garantem o processo de formação de recursos humanos e a geração de novos conhecimentos, as residências médica e multiprofissional. Bem como o treinamento funcional para a educação permanente no processo de qualificação.



Assim, são desenvolvidas por áreas específicas, conforme organograma abaixo:

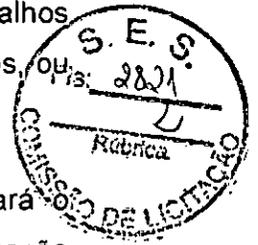


O INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR - IBGH, já tem parcerias com instituições de ensino superior, entre outras, para disponibilizar campos práticos para os estudantes, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento na formação dos profissionais da saúde, servindo como um espaço de ensino, prática e aprendizagem. O objetivo é proporcionar uma vivência pedagógica e prática na diversidade de clínicas que vierem a ser oferecidas nos programas, promovendo um ambiente de estudo estimulante e produtivo.

Após o processo Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade, o HUGO2 pretende iniciar o credenciamento da unidade como hospital escola bem como, iniciar a elaboração do programa de residência médica e multiprofissional, com vistas à sua aprovação junto aos órgãos reguladores e acreditadores. Basicamente, todas as unidades assistenciais, terão ainda programas de internato médico, as especializações em saúde, e estágios profissionalizantes, monitorados e conduzidos por profissionais de alto nível técnico e experiência ampla e específica para cada especialidade. Ainda, sob a coordenação e



orientação dos preceptores, serão apresentados anualmente trabalhos científicos em congressos, jornadas, simpósios e outros eventos científicos, publicá-los em periódicos nacionais e/ou estrangeiros.



O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira realizará o Programa de Residência Médica, uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Funcionará sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, do quadro de médicos da unidade de saúde. Os programas serão devidamente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócioepidemiológicas devidamente avaliadas e acreditadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

O HUGO 2 constituirá o **NEP-Núcleo de Educação Permanente**, como órgão colegiado, estruturado para ordenar todas as atividades da educação permanente dos colaboradores com a finalidade de qualificar a sua força de trabalho. A educação permanente das equipes assistenciais, decorre da complexidade da assistência aos pacientes, implementação ou revisão de rotinas ou práticas, aquisição de equipamentos, introdução de políticas ou diretrizes institucionais, otimização de processos de trabalho, acompanhamento de indicadores de segurança, gerenciais e da ocorrência de não conformidades. O programa de capacitação é elaborado pelos gestores de cada unidade assistencial, após observação prévia do processo de trabalho nas unidades, por meio de um diagnóstico situacional, para auxiliar na elaboração dos fluxos de trabalho e na identificação das necessidades que impactam a segurança da assistência direta ao paciente. Para atender às necessidades de atualização e treinamento das equipes assistenciais e demais



profissionais, serão organizados programas específicos que contemplem as categorias e seu aprimoramento, deliberados no Comitê da Qualidade e organizados pela Gerência da Qualidade. A capacitação da equipe multidisciplinar para atendimento integral dos usuários envolverá treinamentos teóricos e práticos que podem ocorrer em salas de treinamento e/ou em serviço, nos postos de trabalho. Serão utilizados recursos audiovisuais e empregada metodologia adequada a cada conteúdo e público alvo.



O HUGO 2 terá duas Comissões com Residências Médica e Multidisciplinar e áreas de estágios:

1 – Comissão de Residência Médica: Cirurgia Geral/Cirurgia do Trauma, Ortopedia, Clínica Médica, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Medicina Intensiva, Medicina Intensiva Pediátrica, Anestesiologia, Geriatria;

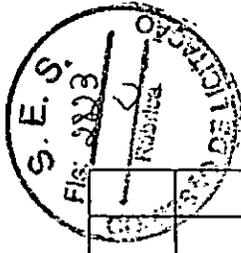
2 – Comissão de Residência Multidisciplinar: Cirurgia Bucomaxilofacial, Odontologia Hospitalar, Enfermagem em UTI, Fisioterapia em UTI, Psicologia Hospitalar, Nutrição, Fonoaudiologia;

3 – Áreas de Estágios: Técnicos em Enfermagem, Técnicos em Radiologia, Instrumentação Cirúrgica, Gestão Hospitalar, Internato de Faculdades Credenciadas.



2.13. CRONOGRAMA PARA IMPLANTAÇÃO E PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO

Mês	Implantação		Cadastro		de		Form.		de
	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	
Mês	1								
Mês	2								
Mês	3								
Mês	4								
Mês	5								
Mês	6								
Mês	7								
Mês	8								
Mês	9								
Mês	10								
Mês	11								
Mês	12								
									Implantação de Materiais/Medicamentos
									Contratação de Serviço de Lavanderia
									Contratação do Serviço de Engenharia Clínica
									Implantação do Serviço de Manutenção Predial
									Implantação do Recebimento e Almoxxarifado
									Implantação das Farmácias
									Contratação do Serviço de Vigilância
									Implantação dos Serviços de Nutrição e Dietética
									Contrato SADT
									Implantação das Comissões Internas do Hospital
									Implantação do Centro de Estudos
									Implantação do PGRSS
									Implantação do Sistema de Gestão Hospitalar
									Informalizado
									Implantação do Sistema de Informação /
									Prontuário Eletrônico
									Implantação dos Fluxos Internos
									Implantação e Funcionamento da Atividade de RH
									Implantação da Gestão Financeira



P. M. B.



Agões (2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação da Gestão Administrativa												
Implantação do SAME												
Implantação da Atividade do Centro Cirúrgico												
Implantação da Educação Permanente												
Implantação e Funcionamento da Atividade de Ambulatório												
Implantação do SADT												
Implantação da Internação (Enfermarias)												
Implantação da Urgência/Emergência												
Implantação e Funcionamento da Ouidoria/SEPRU												
Implantação da Unidade de Queimados												
Implantação da UTI Adulto												
Implantação da UTI Pediátrica												
Recrutamento, Seleção e Contratação de Pessoal												
Reuniões com SES Estruturação do Apoio ao TEIAS etc.												
Implementação das atividades Certificacoes da Qualidade												
Implantação das Atividades de Residência Médica												
Implantação das Atividades de Ensino e Pesquisa												

X
B



2.14. MODELO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO DO HUGO 2

O IBGH implementará um conjunto de Sistemas de Tecnologia da Informação que executarão a gestão das informações geradas em todos os setores do HUGO 2 de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

- 1 - Sistema de Gestão da Qualidade;
- 2 - Sistema de Gestão Hospitalar;
- 3 - Sistema de Prontuários Eletrônicos;
- 4 - Portal público na Internet - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto a comunidade e entes públicos;
- 5 - Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

Essa proposta será discutida e implementada com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, visando a melhor política de tecnologia visando atender ao um cronograma viável e à previsão dos investimentos durante a vigência do Contrato de Gestão.

Os registros nos prontuários, serão através de sistema eletrônico, que possibilitará armazenar e acessar os prontuários muito mais rapidamente e sem a necessidade de manuseio e guarda de papéis. Os prontuários armazenados em meio eletrônico têm a mesma validade legal dos prontuários em papel, desde que o sistema para guarda e manuseio dos prontuários eletrônicos seja certificado mediante convênio específico do Conselho Federal de Medicina – CFM e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde – SBIS e que esteja de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo da Resolução 1.639/2002 do CFM.

O sistema a ser adquirido e instalado possuirá módulo de gestão hospitalar, prontuário eletrônico e demais controles e relatórios conforme solicitado no presente Chamamento.



Além disso, o sistema também proverá integração com o Sistema do SUS.

O custo de aquisição do sistema está estimado como investimento na planilha Custos/Despesas Mensais, Anexo III, na linha de Investimentos e manutenção mensal prevista nos itens de custeio.



Oportunamente, será feita cotação para aquisição do sistema que será efetivamente implantado no HUGO 2.

2.15. GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS E INTEGRAÇÃO COM O SUS (SIH E SIA)

O sistema a ser de gestão hospitalar a ser implantado no HUGO 2 deverá contemplar a integração com os sistemas de informação do SUS: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

O detalhamento desse gerenciamento depende, como já dito, do sistema a ser adquirido. Muito importante nesse processo é a garantia da proteção das informações no que se refere a acesso indevido e não autorizado aos prontuários dos pacientes e também quanto à existência de cópias de segurança em locais fisicamente diferentes e razoavelmente distantes para proteção e recuperação dos dados históricos.

Também é fundamental que o sistema possibilite um “espelhamento” das transações on line de forma que os dados que estão sendo trabalhados não se percam em caso de alguma intercorrência física, como por exemplo queda de energia etc.

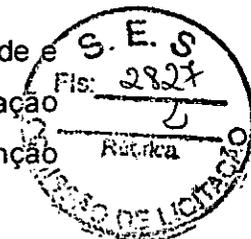
A retomada da introdução de dados e o acesso aos dados imediatamente introduzidos antes da ocorrência do evento que interrompeu a funcionalidade do sistema de informática deve ser imediata e sem perda ou corrompimento das informações já introduzidas.

2.16. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A Portaria MS/GM nº 2395, de 08 de março de 2011 reforça a necessidade do componente hospitalar estar integrado à Rede de Atenção às Urgências, e



estabelece, além das diretrizes básicas do SUS de universalidade, equidade e integralidade e humanização, a exigência do (i) acolhimento com Classificação de Risco (ii) a Regionalização com acesso regulado e a (iii) atenção multiprofissional baseada na gestão de linhas de cuidado.



A porta de entrada hospitalar do HUGO 2 está qualificada segundo os seguintes os critérios:

- a) Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco clínico e de procedimentos administrativos no hospital;
- b) Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e garantindo atendimento priorizado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- c) Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência, ordenados através das Centrais de Regulação Regionais;
- d) Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;
- e) Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;
- f) Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar;
- g) Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região: procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias;
- h) Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação.

Os serviços do HUGO 2 serão organizados de forma integrada e visando proporcionar ao usuário o atendimento conforme os preceitos do SUS.



Todos os serviços contarão uma chefia médica e apoio da equipe multidisciplinar quando necessário.

**2.17. RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS****2.17.1. EMERGÊNCIA****ÁREA FÍSICA**

Consultórios de triagem	01
Consultório do Serviço Social	01
Consultório de Bucomaxilofacial	01
Consultórios Médicos	04
Unidade de Trauma	12 Box de Reanimação e 02 isolamentos, sendo 02 box destinados para pediatria. Totalizando 14 box.
Sala de Observação Adulto Feminino	12 leitos
Sala de Observação Adulto Masculino	12 leitos
Sala de Observação (reidratação)	08 leitos
Sala de Observação Pediátrico	08 leitos
Total	54 leitos sendo 32 de Observação reversível



ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

O atendimento estará disponível 24 horas por dia 7 dias por semana, com o seguinte quadro de mão de obra

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Assistente Social Diurno	P 12 x 36	1	2	3
Assistente Social Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Supervisor de Administração	P 12 x 36	1	2	2
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	6	12	14
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	3	6	7
Coordenador de Enfermagem	D 44	1	1	1
Enfermeiro Plantonista Diurno	P 6	8	16	16
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	8	16	19
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	5	10	10
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	5	10	10
Técnico de Enfermagem Diurno	P 6	15	30	36
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	15	30	36
Plantonista de C. BucoMaxilo	P 12	1	2	2
Plantonista de Cirurgia Geral	P 12	2	4	4
Plantonista de Clínica Médica	P 12	2	4	4
Plantonista de Ortopedia	P 12	2	4	4
Plantonista de Neurocirurgia	P 12	1	2	2
Plantonista de Cirurgia Vascular	P 12	1	2	2
Plantonista de Clínica Pediátrica	P 12	2	4	4
Plantonista de Cirurgia Pediátrica	P 12	1	2	2

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

Os quarenta e seis médicos acima citados devem ter Residência Médica completa na sua Especialidade. (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Bucomaxilofacial e Cirurgia Vascular).

Serão contratados pelo regime da CLT de acordo com a legislação trabalhista em vigor, com cálculo de salário sobre 180 horas de trabalho por mês.

O restante das equipes médicas de retaguarda, o que inclui todas as especialidades existentes na instituição, listadas em seguida:



Clínica Pediátrica	Cirurgia Pediátrica
Clínica Médica	Cirurgia Cirúrgica
Cirurgia Plástica	Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia	Odontologia
Proctologia	Cirurgia Torácica
Urologia	Cardiologia
Gastroenterologia	Neurologia Clínica e Cirúrgica
Pneumologia	Vascular Clínico e Cirúrgico
Nefrologia	Endocrinologia
Hematologia	Cirurgia Cardíaca



A Porta Hospitalar de Urgência será orientada, para trabalhar em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização através do Acolhimento com Classificação de Risco, "Classificação de Manchester", colocada na presente proposta e reafirmado neste item.

ACOLHIMENTO

Implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR) possibilita organizar o processo de trabalho, aperfeiçoar a utilização dos recursos, definir as responsabilidades e atribuições dos serviços de saúde e proporcionar ao usuário do serviço um atendimento humanizado e acolhedor.

É nosso objetivo utilizar o Protocolo de Manchester de forma adequada, dando a atenção prioritária a quem dela necessita mas também reorientando o acolhimento para os usuários classificados na cor verde e azul.

A Atenção Básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente "preventivas e programáticas", em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia



perfeitamente se dar nesse nível de atenção. Essa postura traz como consequência uma baixa vinculação dos usuários que acabam recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

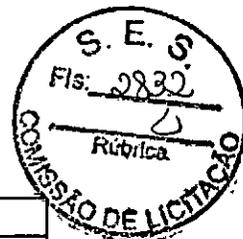
O nosso PA, além da sua vocação para atendimentos de média e alta complexidade, deve estar preparado para acolher os usuários acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, por isso é tão importante seguir o Sistema de Manchester com as cores azul e verde.





2.17.2. UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

ÁREA FÍSICA



UTI ADULTO	
Corredor de Circulação	
Sala para Registro de Pacientes	1
Sala da Secretaria das UTIs	1
Biblioteca	1
UTI Adulto A	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com ante câmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala para higienização das mãos para visitantes	1
Sala da Medicação	1
Sanitário	1
OWL	1
Sala de utilidades	1
Sala para paramentação de visitas	1
UTI Adulto B	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
UTI Adulto C	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
UTI Adulto D	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
UTI Adulto E	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
UTI Adulto F	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
UTI Adulto G	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
Total de Leitos da UTI Adulto (A , B,C, D, E e F)	60 leitos
UTI Adulto G	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com antecâmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala de Antecâmara	1
Sanitário	1
Total de Leitos de UTI Adulto	70 leitos
Apoio Funcionários para as UTIs Adulto	
Vestiário funcionários feminino	1
Vestiário funcionários masculino	1
Sala para copa	1
Sala para guarda de material estéril	1
Sala para repouso masculino	01 com 04 camas e banheiro
Sala para repouso feminino	01 com 04 camas e banheiro
Sala de utilidades	1
Sala de medicamentos	1
UTI Pediátrica	
UTI	01 sala com 09 leitos e 01 isolamento com ante-câmara e banheiro e 01 posto de prescrição e rouparia
Sala para paramentação de visitas	1
Total do Leitos da UTI Pediátrica	10 leitos
Total Geral do Leitos de UTIs (adulto e Pediátrica)	80 Leitos

Handwritten signature



ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

(de acordo com a RDC nº 7 de 2010)

O atendimento estará disponível 24 horas por dia 7 dias por semana, com seguinte quadro de mão de obra.

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO	SERVIÇO
Enfermeiro Coordenador das UTIs	D 44	1	1	1	UTIs
Enfermeiro Intensivista líder de UTI	D 44	8	8	9	1 por UTI
Enfermeiro Intensivista Plantão Diurno	D 36	16	32	38	2 por UTI
Enfermeiro Intensivista Plantão Noturno	P 12 x 36	16	32	38	2 por UTI
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	32	64	76	4 por UTI
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	32	64	76	4 por UTI
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1	UTIs
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	8	16	19	1 por UTI
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	4	8	9	1 Para 4 UTIs

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Médico Chefe das UTIs Adulto	D 24	1	2	2
Médico Chefe da UTI Pediátrica (RT)	D 24	1	2	2
Médico Intensivista Diarista (RT)	D 24	8	8	8
Médico Intensivista Plantonista Diurno	P 12	14	28	28
Médico Intensivista Plantonista Noturno	P 12	7	14	14
Fisioterapeuta diurno	D 36	8	16	19

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

As UTIs funcionam como retaguarda da porta de entrada do PA, Centro Cirúrgico e Enfermarias de internação.

Os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem terão que ter experiência em Cuidados Intensivos. Os Médicos terão que ser Intensivistas com Título de Especialista obrigatório para Chefia e RT e residência completa para plantonistas.

São objetivos estratégicos do atendimento em UTI:

- > Observar e manter as funções básicas da vida;
- > Cuidar de pacientes graves e agudos recuperáveis;
- > Manter a família informada sob as condições do paciente;



- Promover cuidados essenciais de enfermagem para evitar a propagação de infecção;
- Realizar reuniões com a equipe médica e de enfermagem objetivando cuidado humanizado dos pacientes.
- Fundamental: chamar o paciente pelo nome. Orientar a lavagem de mãos após o toque em cada paciente, para evitar infecção cruzada.
- Orientar a importância do uso do E.P.I. e também do descarte correto dos perfurocortantes para evitar acidentes de trabalho.
- Solicitar que a funcionária da limpeza fique responsável apenas pelo serviço na UTI; por ser uma área crítica, a unidade necessita de um funcionário exclusivo para sua limpeza, que fique à disposição todo o tempo inclusive para limpezas emergenciais.
- Fornecer curso de aprimoramento de técnicas para os funcionários da limpeza.



As Normas e rotinas que organizam o funcionamento geral do setor estão organizadas no item Manual de Normas e Rotinas.

O boletim médico é emitido pelo médico Intensivista.

As visitas deverão ocorrer diariamente em dois horários (fim da manhã e fim da tarde), porém, em caso de intercorrência, poderá haver atraso no horário ou até mesmo ser suspensa;

Após a visita, o plantonista emitirá o boletim médico para os familiares;

Na UTI pediátrica, a presença constante de acompanhante é legalmente obrigatória, 24 horas por dia, e contribui de forma importante para a boa evolução das condutas terapêuticas.


2.17.3. CENTRO CIRÚRGICO, RPA E CME
ÁREA FÍSICA

3 Blocos com 7 Salas Cirúrgicas cada um	21 Salas Cirúrgicas
3 Salas de Recuperação Pós Anestésica	24 leitos
2 Unidades de CME	


ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS
Centro Cirúrgico e RPA

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Enfermeiro Coordenador do CC e RPA	D 44	1	1	1
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	3	6	6
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	3	6	6
Enfermeiro Plantão Diurno	D 36	9	18	21
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	4	8	9
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	13	26	31
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	6	12	14
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	9	18	21
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Médico Chefe do Serviço de Anestesia	D 44	1	1	1
Médico Anestesiologista Dom	P 12	3	6	6
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Diurno	P 12	22	44	44
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Noturno	P 12	10	20	20

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

CME

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Enfermeiro Coordenador da CME	D 44	1	1	1
Enfermeiro líder de CME	D 36	2	4	4
Enfermeiro líder de CME Noturno	P 12 x 36	1	2	2
Enfermeiro Diurno	D 36	4	8	9
Enfermeiro Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	6	12	14
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

Handwritten signature and initials.



O Centro Cirúrgico e a CME funcionarão 24 horas por dia 7 dias por semana, para realização de procedimentos cirúrgicos de urgência e eletivos, e garantir o fornecimento de materiais esterilizados para todas as áreas do HUGO 2.



Os médicos Anestesiologistas terão que ter Título de Especialista e serão contratados da forma adequada de acordo com as leis trabalhistas.

Em todas as salas, e sempre que necessário, procedimentos de urgência terão prioridade sobre procedimentos eletivos.

2.17.4. ALAS DE INTERNAÇÃO – CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS

ÁREA FÍSICA

1º Andar – Enfermarias de Clínica Cirúrgica:

Nas especialidades de: Cirurgia Geral, Proctologia, Cirurgia Torácica, Urologia.

Lado Esquerdo

04 Enfermarias com 06 leitos cada	24 leitos
01 Enfermaria com 05 leitos	05 leitos
01 Isolamento	01 leito
Total	30 leitos

Lado Direito

04 Enfermarias com 06 leitos cada	24 leitos
01 Enfermaria com 05 leitos	05 leitos
01 Isolamento	01 leito
Total	30 leitos


2º Andar – Enfermarias de Pediatria
Enfermarias de Clínica Pediátrica

1º corredor – Enfermaria Cirúrgica	
04 Enfermarias com 06 leitos cada	24 leitos
01 Enfermaria com 05 leitos	05 leitos
01 Isolamento	01 leito
Total	30 leitos

2º corredor – Enfermaria Clínica	
04 Enfermarias com 06 leitos cada	24 leitos
01 Enfermaria com 05 leitos	05 leitos
01 Isolamento	01 leito
Total	30 leitos

Total de Leitos da Enfermaria Pediátrica = 60 leitos

3º Andar – Enfermarias de Clínica Médica

Nas especialidades de: Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia Clínica, Pneumologia, Vascular, Nefrologia e Endocrinologia.

1º Corredor	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos

2º Corredor	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos
Total de Leitos (corredor 1 e corredor 2)	60 Leitos


4º Andar – Enfermarias de Especialidades

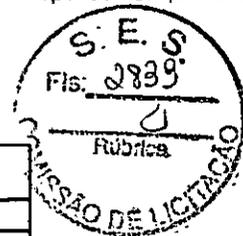
1º Corredor - Hematologia	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos

2º Corredor – Buco Maxilo	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos
Total de Leitos (corredor 1 e corredor 2)	60 Leitos

5º Andar - Enfermarias de Especialidades Cardiovasculares

Nas especialidades de: Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Vascular - Cirúrgico.

1º Corredor	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos
2º Corredor	
Enfermarias com banheiro	4 enfermarias com 6 leitos
	1 enfermaria com 5 leitos
	1 isolamento com ante câmara
Total	30 Leitos
Total de Leitos (corredor 1 e corredor 2)	Leitos

**ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS**

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Rotina	D 36	10	20	24
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1
Enfermeiro Diurno	D 36	30	60	72
Enfermeiro Noturno	P 12 x 36	20	40	48
Enfermeiro Encarregado de Andar Diurno	D 36	10	20	20
Enfermeiro Coordenador de Serviço	D 44	1	1	1
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	108	216	259
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	48	96	115
Fisioterapeuta	D 36	12	24	24

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST
(Índice de Segurança Técnica)

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	Total Corrigido
Chefe de Equipe de Plantão	D 24	1	1	1
Médico Plantonista de Clínica Médica Diurno	P 12	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Médica Noturno	P 12	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Diurno	P 12	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Noturno	P 12	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Diurno	P 12	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Noturno	P 12	1	2	2
Auxiliar Administrativo Rotina	D 36	1	2	3

ESTA EQUIPE CONSTITUI UMA UNIDADE DE PLANTONISTAS INDEPENDENTE DO PRONTO ATENDIMENTO, VISANDO O ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS NAS ALAS DE INTERNAÇÃO

Os médicos Plantonistas das Unidades de Internação (Alas) terão que ter residência completa, e serão contratados da forma adequada de acordo com as leis trabalhistas.

Todas as rotinas de atendimento de Enfermagem encontram-se no Manual de Normas e Procedimentos e Nos Procedimentos de Enfermagem.

A Assistência Médica ao paciente é da responsabilidade do médico assistente e da sua equipe.

A visita diária, anamnese, exame físico, procedimentos (se necessários) e anotação de evolução e prescrição no prontuário, são parte da rotina de assistência médica que deverá ser seguida pela equipe responsável pela internação do paciente.



Se durante a internação houver alguma intercorrência, a enfermeira da ala chamará o médico plantonista da equipe de plantão das alas de internação.

O mesmo, após avaliação do paciente, tomará conduta se o caso for urgência ou aciona a Equipe Responsável pelo paciente para discussão do caso e eventual conduta.





2.17.5. UNIDADE DE QUEIMADOS

ÁREA FÍSICA

Emergência	01 sala de admissão com maca
	01 sala de curativos
	01 antecâmara
Sala para equipamentos	1
Repouso	01 masculino com 02 camas e banheiro
	01 feminino com 02 camas e banheiro
1 Unidade de Tratamento de Queimados - UTQ	06 leitos
	01 consultório multiprofissional e terapia física
Isolamento	01 leito
	01 banheiro
	01 sala para paramentação
6 quartos individuais com área de deambulação	06 leitos
Postos de Enfermagem	02
Sala de banho	01
Rouparia	01
Sala para guarda e preparo de medicamentos	01
DML	01
Sala para guarda de material estéril	01
Sala para utilidades	01
Sanitário vestiário feminino	01
DML	02
Sanitário vestiário masculino	01
Sala para exame/ admissão com banheiro	01
Sala para macas e cadeiras de rodas	01
Sala Administrativa	01
Sala de Espera	01 com 16 lugares
Total	Leitos: 13

[Handwritten signature]



ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	Total Corrigido
Enfermeiro Coordenador da UTQ	D 44	1	1	1
Enfermeiro Intensivista Líder de UTQ	D 36	1	2	3
Enfermeiro Plantão Diurno	D 36	2	4	5
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	6	12	14
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	6	12	14
Auxiliar Administrativo Diurno – Rotina	D 44	1	1	2
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Fisioterapeuta diurno	D 36	1	2	3
Médico Intensivista Diarista (RT)	D 36	1	2	2
Médico Intensivista Plantonista Diurno	P 12	1	2	2
Médico Intensivista Plantonista Noturno	P 12	1	2	2
Médico Cirurgião Plástico diarista	D 36	1	2	2
Médico Cirurgião Plástico	P 12	1	2	2



A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST

2.17.6. AMBULATÓRIO

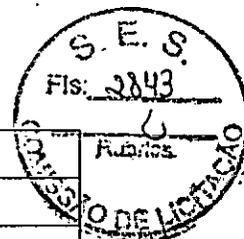
ÁREA FÍSICA

Composto de 13 salas e 20 consultórios, para atender aos usuários egressos da instituição hospitalar, assim divididas:

Espera com 66 lugares e 01 área de registro com 07 guichês	01 sala
Curativos	02 salas
Espaço para guarda de macas e cadeiras de rodas	01 espaço
Vacina	01 sala
Sutura	01 sala
Inalação	01 sala
Injeção	01 sala
Copa para funcionários	01 copa
DML	01
Utilidades	01 sala
Banheiros	01 masculino e 01 feminino


a) Consultórios Médicos

Consultórios com banheiro	4
Consultórios sem banheiro	16
Total	20 consultórios


b) Consultórios não Médicos

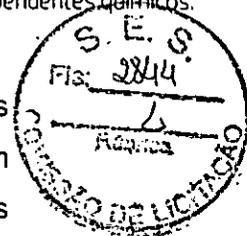
Consultórios de Serviço Social	02
Consultório de Psicologia	01
Total	03 consultórios

ATENDIMENTO E QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

São os funcionários assistenciais de enfermagem, de apoio administrativo e médicos plantonistas

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	Total Corrigido
Assistente Social	D 36	3	6	7
Supervisor de Administração	D 44	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	7	14	16
Enfermeiro Diurno	D 36	4	8	9
Enfermeiro Encarregado	D 36	1	2	2
Enfermeiro Coordenador	D 44	1	1	1
Técnico de Enfermagem 2	D 36	8	16	19
Psicólogos	D 36	1	2	3
Clínica Médica	D 36	2	4	4
Cardiologia	D 36	2	4	4
Pediatria	D 36	2	4	4
Cirurgia Geral	D 36	3	6	6
Ortopedia	D 36	3	6	6
Cirurgia BucoMaxiloFacial	D 36	1	2	2
Cirurgia Cardíaca	D 36	1	2	2
Cirurgia Vascular	D 36	2	4	4
Neurocirurgia	D 36	1	2	2
Otorinolaringologia	D 36	1	2	2
Oftalmologia	D 36	1	2	2
Cirurgia Plástica - Queimados	D 36	1	2	2

De acordo com o edital de chamamento o atendimento médico ambulatorial no Hospital de Urgências Governador Otavio Lage de Siqueira – HUGO 2, está desenhado para atender aos usuários egressos da instituição hospitalar e os usuários encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual.



Além de consultas por profissionais de saúde e do atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente.

A estrutura reservada para esta atividade permite que parte dela seja utilizada como complemento do PA, funcionando 24 horas por dia, recepcionando aqueles pacientes com classificação de risco Azul ou Verde que, em princípio, não necessitam de infraestrutura mais capacitada, tecnicamente, para o seu atendimento.

Sendo assim, reservamos seis salas de consultório para essa atividade, onde equipes de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ortopedia, farão o atendimento de pacientes triados, 24 horas por dia.

Clínica Pediátrica	Cirurgia Pediátrica
Clínica Médica	Cirurgia Cirúrgica
Neurologia Clínica	Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia	Cirurgia Bucomaxilofacial
Proctologia	Cirurgia Torácica
Urologia	Cardiologia
Gastroenterologia	Neurologia Cirúrgica
Pneumologia	Vascular Clínico e Cirúrgico
Nefrologia	Endocrinologia
Hematologia	Cirurgia Cardíaca

Esses pacientes pertencem a um grupo de pessoas que, após o atendimento, deverão ser orientadas e contrarreferenciadas para as unidades de atendimento básico, PSF e/ou outros programas de atenção básica à saúde.



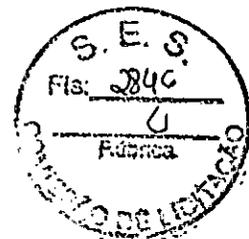
Nas outras 14 salas de atendimento médico e não médico (Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Orientação Nutricional etc.) serão atendidos os pacientes egressos de internações anteriores, de atendimentos no PA e também pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, nas seguintes especialidades:





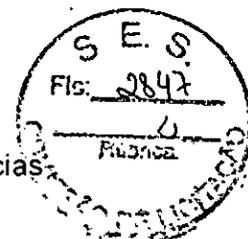
DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTÓRIOS POR ESPECIALIDADE

ESPECIALIDADES CLÍNICAS		AGENDAS SEMANAIS	QTD DE PROFISSIONAIS
Clinica Pediátrica	CLI PED	12	3
Clinica Médica	CLI MED	25	5
Cardiologia	CLI CARDIO	25	5
Gastroenterologia	CLI GAST	7	2
Pneumologia	CLI PNEU	6	2
Nefrologia	CLI NEFRO	6	2
Hematologia	CLI HEMAT	6	2
Neurologia Clínica	CLI NEURO	7	2
Endocrinologia	CLI ENDOC	6	2
Clinica Vascul ar	CLI VASC	7	2
Anestesiologia	CLI ANEST	6	2
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS			
Cirurgia Geral	CIR GERAL	25	5
Cirurgia Pediátrica	CIR PED	12	3
Ortopedia/Traumatologia	CIR ORT	25	5
Proctologia	CIR PROCT	6	2
Urologia	CIR UROL	10	2
Cirurgia Bucomaxilofacial	CIR BUCO	6	2
Cirurgia Torácica	CIR TORAX	10	2
Neurologia Cirúrgica	CIR NEURO	12	3
Cirurgia Vascul ar	CIR VASC	7	2
Cirurgia Cardíaca	CIR CARDIO	12	3
ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS			
PSICOLOGIA	PSICO	2	1
FISIOTERAPIA	FISIOT	5	1
NUTRIÇÃO	NUTRI	2	1
FONOAUDIOLOGIA	FONO	2	1



ESPECIALIDADES	PERCENTUAL	ESPECIALIDADES	PERCENTUAL	ESPECIALIDADES	PERCENTUAL
CIR BUCO	2,50%	CIR VASC	3,00%	CLI PNEU	2,50%
CIR CARDIO	5,00%	CLI CARDIO	10,00%	CLI VASC	3,00%
CIR GERAL	10,00%	CLI ENDOC	2,50%	PSICO	1,00%
CIR NEURO	5,00%	CLI GAST	3,00%	FISIOT	2,00%
CIR ORT	10,00%	CLI HEMAT	2,50%	NUTRI	1,00%
CIR PED	5,00%	CLI MED	10,00%	FONO	1,00%
CIR PROCT	2,50%	CLI NEFRO	2,50%	CLI ANEST	2,50%
CIR TORAX	4,00%	CLI NEURO	3,00%		
CIR UROL	4,00%	CLI PED	5,00%		

[Handwritten signature]
[Handwritten mark]

**2.17.7. SADT – LABORATÓRIO**

Estrutura de Laboratório de Patologia Clínica para o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2

OBJETIVO:

Atender às demandas de análises laboratoriais internas do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, com qualidade e respeito ao usuário, atendendo às demandas do corpo clínico para a realização dos exames de Patologia Clínica, em conformidade com as recomendações do CLSI Clinical and Laboratory Standard Institute - <http://www.clsi.org/>) e da ASM (American Association for Microbiology - <http://www.asm.org/>).

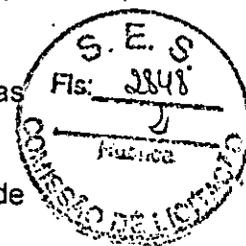
O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, tem previstos 433 leitos dos quais 40 são de UTI e 13 de Unidade de Queimados. O projeto de montagem de um laboratório de patológica clínica para o atendimento às demandas do corpo clínico e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), leva em consideração as especialidades médicas existentes, e as recomendações internacionais dos protocolos laboratoriais para a identificação de patógenos.

ESTRUTURA:

Segundo a RDC nº 050, da Agência de Vigilância Sanitária, as áreas mínimas para a prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia de patologia clínica são:

- Sala para coleta de material (3,6 m²);
- Área para classificação e distribuição de amostras (3 m²);
- Sala de preparo de reagentes (3 m²);
- Laboratório de hematologia, parasitologia, urinálise, imunologia, bacteriologia, microbiologia, micologia, virologia, bioquímica ou biologia molecular (14 m²);
- Sala de preparo de soluções (9 m²);
- Sala de extração de ácidos nucléicos (8,5 m²);
- Antecâmara de paramentação exclusiva (2,8 m²);
- Sala de PCR (6,0 m²);
- Sala de revelação de géis (4 m²);
- Laboratório de suporte à UTI (8 m²);
- Laboratório de emergência (16 m²).





Pelos volumes previstos no projeto de cerca de 140.000 exames mês, as áreas deverão ser triplicadas em relação às mínimas requeridas na RDC.

Além dessas áreas, o laboratório ainda deve ter os seguintes ambientes de apoio:

- Área para registro de pacientes;
- Depósito de material de limpeza;
- Sala de espera para pacientes e acompanhantes;
- Sala de esterilização de material;
- Sanitários para pacientes e acompanhantes;
- Sanitários para funcionários;
- Copa;
- Quarto de plantão (o funcionamento é 24 horas por dia 7 dias por semana);
- Sala administrativa;
- Vestiário com armários individuais e com a metragem mínima de 1,5 m² de área por funcionário.

O laboratório e o posto de coleta laboratorial devem manter disponíveis registros de formação e qualificação de seus profissionais compatíveis com as funções desempenhadas, promover treinamento e educação permanente aos seus funcionários e providenciar para que todos sejam vacinados conforme a legislação vigente. A admissão de funcionários deve ser precedida de exames médicos em conformidade com o PCMSO da NR-7 da Portaria TEM nº 3.214/78 e Lei nº 6.514/77.

DEFINIÇÃO DOS EXAMES:

Para um laboratório de Patologia Clínica Hospitalar, definimos o menu de exames recomendado internacionalmente, que deverá ser ratificado com o corpo clínico, o parque de equipamentos necessários à realização dos mesmos, e o quadro de profissionais necessários para o processamento e liberação dos resultados.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DE EXAMES

Exames ambulatoriais e hospitalares por tipos, segundo critérios do CLSI (Clinical Laboratory Standard Institute) e de reports do CAP (Colégio Americano de Patologistas) e de acordo com nossa amostragem de outros

laboratórios hospitalares, considerando a previsão de exames mensais para o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2:



QTD	ÁREA	%
96.110	BIOQUIMICA	69,69%
21.168	HEMATOLOGIA	15,35%
11.075	COAGULAÇÃO	8,03%
5.460	URINALISE	3,96%
1.838	IMUNOLOGIA	1,33%
1.458	HORMÔNIOS	1,06%
308	APOIO	0,22%
132	GASOMETRIA	0,10%
118	MICROBIOLOGIA	0,09%
98	CITOLOGIA	0,07%
53	PARASITOLOGIA	0,04%
137.815	TOTAL PREVISTO	99,93%

DEFINIÇÃO DAS PESSOAS

➤ Níveis hierárquicos

➤ Atendimento

➤ Coleta e técnica (diurno, noturno, finais de semana)

Gestão – 1 Coordenador de Laboratório –

o Bioquímico

o Biomédico ou

o Farmacêutico

• Líderes de Setores

o 6 Biomédicos

• 10 Analistas de Nível Superior - Biomédicos

• 12 Analistas de Nível Técnico

• 15 Auxiliares de Laboratório

• 6 Técnicos de laboratório folguistas

• 4 Auxiliares Administrativos



QUALIFICAÇÃO E MODELO DE CONTRATAÇÃO

Todos os profissionais listados acima, terão que ter experiência comprovada na área de Patologia Clínica.

ATRIBUTOS E PRÉ-REQUISITOS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

➤ Definição dos Atributos para o cliente (coleta, prazo):

Serão descritos no sistema quais os pré-requisitos de coleta de cada um dos exames realizados, as condições de armazenamento das amostras, documentação necessária para a realização do exame etc. de acordo com as demandas das clínicas e serviços solicitantes.

➤ Definição de infraestrutura:

Espaço físico, telefonia, eletricidade, cabeamento, rede, ar condicionado, mobiliário, exaustão, expurgo de material, refrigeração de amostras e reagentes.

➤ Definição de um sistema de qualidade

Sistema eletrônico e controles internos da qualidade com planilhamento de dados e geração de estatísticas para acompanhamento.

➤ Definição dos materiais de coleta:

➤ Definição dos pré-requisitos de coleta (instruções para cliente, no caso de coleta pelo cliente): no sistema quais os pré-requisitos de cada um dos exames realizados, as instruções de coleta propriamente ditas, os prazos de liberação dos resultados, máscara dos laudos, nível de liberação.

RESÍDUOS DE LABORATÓRIO.

Os produtos químicos de laboratório são geralmente resíduos de "caráter especial". A eliminação de tais resíduos deve ser cuidadosa, observando-se as leis físicas válidas em seu correspondente estado (ou forma). Estabelecer contato com órgão responsável ou com o responsável no programa de higiene química da instituição hospitalar local. Como regra geral, os resíduos sólidos, luvas contaminadas, vidros, papéis, etc., devem ser coletados em caixas de papelão com dois sacos de plástico. Os líquidos devem conter a descrição da natureza de solutos, solventes e concentrações. Também descrever a quantidade de água presente. A coleta de lixo de um laboratório é diferenciada,



deve ser feita pelo sistema de descartes, o material cortante deve ser colocado em sacos plásticos leitoso e todo o resto do lixo deve ser incinerado

**2.17.8. SERVIÇOS DE IMAGEM**

Radiologia Convencional	2
Tomografia Computadorizada	2
Endoscopia	2
Retossigmoidoscopia	1
Eletrocardiografia	2
Recuperação	1 sala com 4 leitos e 1 banheiro
Cicloergometria	1 sala com 1 banheiro
Guarda de materiais	1 sala
Guarda de equipamentos	1 sala
Copa	1
Espaço para troca de roupa de funcionários	1
Laudos	1
Vestiários	2 masc. e 2 Femin.
Total	22 salas


RAIOS-X (RADIOLOGIA CONVENCIONAL)
SALAS E EQUIPAMENTOS

Estão previstas 2 salas de RX convencional. Presumimos (não existe informação sobre os equipamentos no chamamento) que se tratam de 1 sala baritada com RX Simples digital e 1 sala baritada com RX telecomandado digital, o que reputamos de insuficiente para a demanda prevista.

Temos que considerar também 2 RX portáteis digitais para RX em leito seja nas UTIs seja nas Enfermarias, e dois Arco Cirúrgicos digitais, de acordo com a previsão do perfil de pacientes do HUGO 2.

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Técnico de RX	D 4	4	16	19
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Rotina	D 36	1	2	3
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	2
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	2
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	1	2	3

Central Remota de Laudos?

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

As duas salas baritadas previstas para Tomografia Computadorizada, presumimos (não existe informação sobre os equipamentos no chamamento) que se destinem a dois equipamentos.

O serviço de Tomografia será prestado pela Central Remota de Laudos, sendo o HUGO 2 responsável somente pelos custos indiretos (água, limpeza etc.).

ULTRASSONOGRAFIA

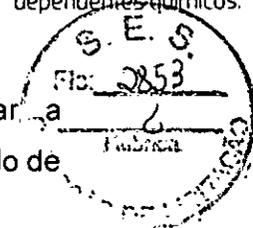
Estão previstas duas salas para US.

O serviço de Ultrassonografia será prestado pela Central Remota de Laudos, sendo o HUGO 2 responsável somente pelos custos indiretos (água, limpeza etc.).

MÉTODOS GRÁFICOS
ELETROCARDIOGRAMA

Método gráfico executado por auxiliares técnicos, técnicos de enfermagem ou enfermeiros, com atuação médica apenas no ato do laudo. Se utilizarmos

[Handwritten signature]



equipamentos digitais, de custo bem acessível, podemos minimizar a necessidade de mão de obra médica, criando uma pequena central de laudo de ECG.

Sugerimos um equipamento por cada duas alas de internação, um por UTI, um no PA e dois no espaço de atendimento ambulatorial. Nos locais de execução dos exames é necessária uma estação de trabalho com software de captura dos exames.

Não são necessários funcionários assistenciais dedicados para a atividade, pois ela pode fazer parte da rotina dos mesmos nas áreas onde se encontram.

A Sala de Laudo precisa de uma estação de trabalho com software para laudo dos exames que vêm via sistema.

ERGOMETRIA

O teste ergométrico, (de esteira ou de bicicleta) uma vez que não está prevista a realização de exames de "Cintilografia de Perfusão Miocárdica com MIBI", é um exame com demanda apenas de atendimento ambulatorial, sem aplicações em atendimentos de urgência. É um exame "operador-médico" dependente.

SALAS

Está prevista uma sala com banheiro. Não temos as dimensões da sala e, por esse motivo, prevemos apenas um equipamento de esteira ou de cicloergômetro.

PROTOCOLOS USADOS

Em indivíduos sadios os protocolos de Ellestad e Bruce podem ser aplicados, sendo este último o mais utilizado, existindo na literatura um grande número de trabalhos validando tanto o enfoque diagnóstico como prognóstico em pacientes cardiopatas.

Em indivíduos idosos, ou naqueles em que a capacidade física é limitada por doença, o protocolo de Bruce pode ser modificado por 3 minutos sem inclinação.



Uma limitação inerente a estes protocolos é o grande aumento do VO₂ entre cargas de trabalho sucessivas, com adicional custo energético durante a corrida, quando comparado com caminhada somente.

**QUADRO DE FUNCIONÁRIOS**

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	4	5
Médico Cardiologista Diurno	D 36	2	4	4

ECODOPPLERCARDIOGRAMA**SALA**

Apesar da previsão do serviço, não temos sala prevista para a instalação de equipamento dedicado.

EQUIPAMENTOS

Sugerimos um equipamento estacionado no PA (fundamental em casos de dor torácica), que pode ser movido para UTIs, UTQ, CC e Alas de Internação, sob demanda e um equipamento de Backup na área de Ambulatório, na mesma sala do ECG, para atendimento de exames de rotina e, eventualmente dar suporte a situações de urgência.

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	1	2	3
Médico Cardiologista Diurno	D 36	1	2	2
Médico Cardiologista Noturno	À Disposição	1	1	1

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA

Para definirmos o tipo de serviço do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, como Serviço de Endoscopia Tipo III, usamos as definições da ANVISA como seguem:

- > Serviço de endoscopia tipo I: é aquele que realiza procedimentos endoscópicos sem sedação, com ou sem anestesia tópica;
- > Serviço de endoscopia tipo II: é aquele que, além dos procedimentos descritos no inciso I do Art. 4º, realiza ainda procedimentos endoscópicos sob sedação consciente, com medicação passível de reversão com uso de

antagonistas;

➤ Serviço de endoscopia tipo III: serviço de endoscopia que, além dos procedimentos descritos nos serviços de endoscopia tipos I e II, realiza procedimentos endoscópicos sob qualquer tipo de sedação ou anestesia.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E BAIXA

ESPAÇO FÍSICO

Estão previstas duas salas para o Serviço de Endoscopia. Considerando as particularidades do serviço, sugerimos que as salas de Endoscopia sirvam apenas para Endoscopia Digestiva Alta, e que a sala de Retosigmoidoscopia seja utilizada para Colonoscopia e Retosigmoidoscopia.

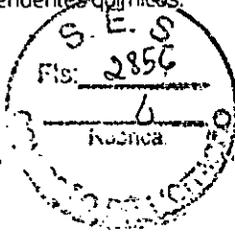
As salas devem conter:

- Oxigênio
- Ar comprimido
- Sala de limpeza anexa (RDC N° 6, de 1 de Março de 2013)

EQUIPAMENTOS

Cada sala de Endoscopia deve ter os seguintes equipamentos:

- Dois ou Três Videogastoscópios (De acordo com a demanda)
- Um Videoduodenoscópio
- Um bisturi elétrico com argon plasma 2 (Coagulador)
- Um Kit de processamento de imagem
- Uma fonte de Luz
- Um processador de Imagem
- Um monitor de alta definição
- Um aspirador a vácuo.
- Uma máquina de lavagem de Videogastoscópios
- Um armário de guarda dos equipamentos



As recomendações da RDC Nº 6, de 1 de Março de 2013 da ANVISA, determinam que as instalações devem contemplar conteúdos relacionados aos seguintes temas:

➤ Processo de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, transporte, funcionamento e manuseio dos equipamentos e acessórios;

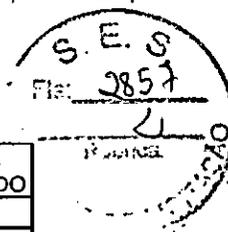
RETOSSIGMOIDOSCOPIA E COLONOSCOPIA

Para operarmos esta sala para Colono e Retosigmoidoscopia, necessitamos das seguintes condições:

- Oxigênio
- Ar comprimido
- Sala de limpeza anexa (RDC Nº 6, de 1 de Março de 2013)

EQUIPAMENTOS

- Um Kit de processamento de imagem
- Uma fonte de Luz
- Um processador de Imagem
- Um monitor de alta definição
- Dois Videosigmoidoscópios
- Dois ou três videocolonoscópios (De acordo com a demanda)
- Um aspirador a vácuo.
- Uma máquina de lavagem de Videocolonoscópios
- Um armário de guarda dos equipamentos


QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Encarregado de Administração	D 44	1	1	1
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	2
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Diurno	D 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno (Repouso)	D 36	1	2	3
Médico Endoscopista Diurno	D 36	2	4	4
Médico Endoscopista Noturno	À Disposição	1	1	1
Médico Anestesiologista	À Disposição	1	1	1

As solicitações de exames têm origem na Urgência (PA, UTIs, UTQ), da rotina (Ambulatórios e Externo). As solicitações são atendidas de acordo com as suas origens:

- Urgências – São atendidas de imediato, se possível sem atropelos da rotina. Se não for possível, atrasa-se a rotina para fazer o atendimento.
- Eletivas – De acordo com a chegada dos pedidos, com hora marcada.

BRONCOSCOPIA
QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

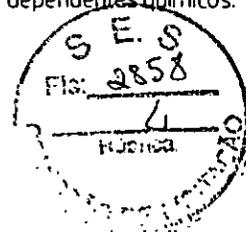
CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Rotina	D 36	1	2	3
Médico Broncoscopista Diurno	À Disposição	1	1	1
Médico Broncoscopista Noturno	À Disposição	1	1	1
Médico Anestesiologista	À Disposição	1	1	1

O serviço de Broncoscopia não tem sala prevista porque os procedimentos deverão ser realizados ou no Centro Cirúrgico ou nas unidades fechadas (UTIs ou UTQ). Os exames a serem realizados (Laringoscopia e Broncoscopia) são solicitações de urgência ou eletivas. Necessitam dos seguintes equipamentos:

EQUIPAMENTOS

Um Rack com:

- Um Kit de processamento de imagem
- Uma fonte de Luz
- Um processador de Imagem
- Um monitor de alta definição



- Dois Videolaringoscópios
- Dois Videobroncoscópios

2.17.9. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

É um Serviço Auxiliar de Terapêutica, instalado nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs e UTQ), para tratamento de quadros de Insuficiência Renal Aguda ou tratamento temporário de Renais Crônicos internados para tratamento de outras patologias.

Para a instalação do Serviço, são necessários alguns pré-requisitos de infraestrutura que passamos a descrever:

- Em todos os leitos de UTI e da UTQ, deverão existir pontos de água e de esgoto, que permitam a ligação de Máquinas de Diálise.
- Análise Mensal da água de acordo com a RDC 154 da ANVISA de 15 de Junho de 2004.

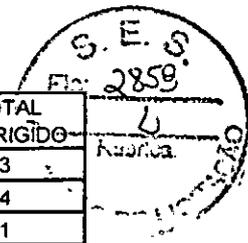
EQUIPAMENTOS E TREINAMENTO

Para a quantidade de leitos em pauta, (40 de UTI e 13 de Queimados), estimamos a necessidade de:

- Três Máquinas de Diálise Comum – Para pacientes renais crônicos em tratamento de outras patologias ou agudos de menor gravidade.
- Cinco Máquinas de Diálise Contínua – Hemodiafiltração – Para situações agudas com necessidade de diálise permanente.
- Treinamento de todo o pessoal de enfermagem das UTIs e UTQ para a utilização dos dois tipos de equipamento. (Este treinamento é feito pelos fornecedores de equipamento e pela equipe de Nefrologia responsável pelo serviço).

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

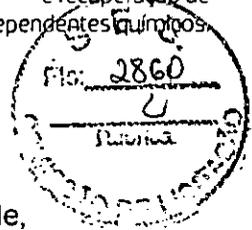
CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	1	2	3
Médico Nefrologista Diurno	D 36	2	4	4
Médico Nefrologista Noturno	À Disposição	1	1	1


EQUIPES DE RETAGUARDA E DIARISTAS
CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPES

As equipes médicas responsáveis pelos pacientes internados, e que fazem parte da lista a seguir:

Especialidades	Chefe de Equipe	Plantonistas
Cardiologia	1	3
Cirurgia Bucomaxilofacial	1	2
Cirurgia Cardíaca	1	3
Cirurgia Geral	1	3
Cirurgia Pediátrica	1	2
Cirurgia Plástica	1	2
Cirurgia Torácica	1	3
Cirurgia Vascular	1	3
Clínica Médica	1	3
Clínica Pediátrica	1	2
Clínica Vascular	1	3
Endocrinologia	1	2
Gastroenterologia	1	2
Hematologia	1	2
Nefrologia	1	4
Neurologia Clínica	1	2
Neurocirurgia	1	3
Ortopedia/Traumatologia	1	2
Pneumologia	1	2
Proctologia	1	2
Urologia	1	2

Esta expectativa de número de médicos plantonistas / diaristas, deverá ser revista de acordo com o perfil de pacientes que se for desenhando com o tempo.



2.17.10. QUADRO RESUMO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS

O Chefe de Equipe deverá ter Título de Especialista na especialidade, liderança reconhecida na comunidade médica de Goiás e capacidade de organização administrativa.

Terá uma carga horária de 24 Horas Semanais e contratação pela CLT, com remuneração a ser definida.

Os Assistentes deverão ter Título de Especialista. Terão carga horária de 36 horas semanais e serão contratados, de acordo com a legislação vigente, pela CLT, com remuneração a ser definida.

Os plantonistas deverão ter Residência Médica concluída na especialidade. Terão carga horária variável de acordo com as definições do chefe de equipe sobre a forma de distribuição de tarefas, com remuneração a ser definida.

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Estas equipes serão responsáveis pelos pacientes internados via PA, Ambulatório ou pacientes referenciados de outras instituições.

Se o paciente vem do PA, a equipe será acionada para avaliação do paciente no próprio PA e havendo necessidade de internação, médico da equipe que fez a avaliação fará a internação.

Se o paciente vem do Ambulatório, a solicitação de internação será feita pelo médico do ambulatório.

Se o paciente for referenciado de uma UBS, do PSF ou de outra instituição hospitalar, passará pelo PA onde será avaliado para prosseguir com os trâmites da internação.

No prontuário do paciente, o médico responsável será sempre o chefe de equipe ou quem ele determinar na sua ausência.



2.17.11. QUADRO RESUMO DE QUANTIDADE DE FUNCIONÁRIOS

QUADRO GERAL

CATEGORIA	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO	AREA
Encarregado de Administração	1	1	1	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	2	4	4	
Auxiliar Administrativo Noturno	1	2	2	
Supervisor de Enfermagem	1	1	1	
Enfermeiro Diurno	3	6	7	
Enfermeiro Noturno	1	2	3	
Técnico de Enfermagem Diurno	8	16	18	
Técnico de Enfermagem Noturno	1	2	3	
Auxiliar de Laboratório	6	12	14	
Médico Hematologista Diurno	2	4	4	
Médico Hematologista Noturno	1	1	1	ECCARDIOGRAFIA
Auxiliar Administrativo Diurno	1	2	3	
Médico Cardiologista Diurno	1	2	2	
Médico Cardiologista Noturno	1	1	1	

Handwritten signature



Auxiliar Administrativo Diurno	2	4	5	ENDOSCOPIA	
Auxiliar Administrativo Noturno	1	2	3		
Encarregado de Administração	1	1	1		
Enfermeiro Encarregado Diurno	1	2	2		
Técnico de Enf. (Aux. de Sala) Diurno	2	4	5		
Técnico de Enf. (Aux. de Sala) Noturno	1	2	3		
Técnico de Enf. Diurno (Repouso)	1	2	3		
Médico Endoscopista Diurno	2	4	4		
Médico Endoscopista Noturno	1	1	1		
Médico Anestesista	1	1	1		
Auxiliar Administrativo Diurno	1	2	3		
Médico Nefrologista Diurno	2	4	4		HEMODIÁLISE
Médico Nefrologista Noturno	1	1	1		

[Handwritten signatures]



							Central Remota de Saúdes RAIOS X
Técnico de RX		4	16	19			
Auxiliar Administrativo Noturno		1	2	3			
Auxiliar Administrativo Rotina		1	2	3			
Encarregado de Administração		1	1	1			
Enfermeiro Encarregado Diurno		1	2	2			
Enfermeiro Encarregado Noturno		1	2	2			
Técnico de Enfermagem Diurno		2	4	5			
Técnico de Enfermagem Noturno		1	2	3			
Auxiliar Administrativo Diurno		1	2	3			
Auxiliar Administrativo Noturno		1	2	3			
Encarregado de Administração		1	1	1			
Biomédico Gestor		1	1	1			
Biomédico Líder de Setor		6	6	6			
Biomédico Analista Nível Superior		6	12	14			
Analista Nível Técnico Diurno		4	8	9			
Analista Nível Técnico Noturno		1	2	3			
Auxiliar de Laboratório		8	16	18			
Analista Nível Técnico folguista		6	12	14			
							LABORATÓRIO



		CICLOERGOMETRIA			FARMÁCIA		
Auxiliar Administrativo Diurno	1	2	3				
Técnico de Enfermagem Diurno	2	4	5				
Médico Cardiologista Diurno	2	4	4				
Farmacêutico Gerente	1	1	1				
Chefe de Almozarifado	1	1	1				
Farmacêutico Diurno	4	8	9				
Farmacêutico Noturno	1	2	3				
Encarregado de Administração	1	1	1				
Auxiliar Administrativo Diurno	8	16	19				
Auxiliar Administrativo Noturno	6	12	14				
Técnico de Farmácia Diurno	8	16	19				
Técnico de Farmácia Noturno	4	8	9				

[Handwritten signatures and initials]



CME				
Enfermeiro Coordenador da CME	1	1	1	1
Enfermeiro líder de CME	2	4	4	4
Enfermeiro líder de CME Noturno	1	2	2	2
Enfermeiro Diurno	4	8	8	9
Enfermeiro Noturno	2	4	4	5
Técnico de Enfermagem Diurno	6	12	12	14
Técnico de Enfermagem Noturno	2	4	4	5
Encarregado de Administração	1	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	2	4	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	1	2	2	3

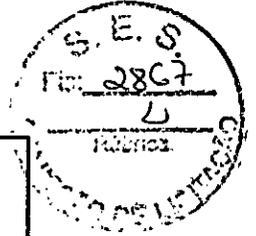
[Handwritten signatures]



CENTRO CIRÚRGICO

Enfermeiro Coordenador do Cc e	1	1	1
Enfermeiro Encarregado Diurno	3	6	6
Enfermeiro Encarregado Noturno	3	6	6
Enfermeiro Plantão Diurno	9	18	21
Enfermeiro Plantão Noturno	4	8	9
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	13	26	31
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	6	12	14
Encarregado de Administração	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	9	18	21
Auxiliar Administrativo Noturno	1	2	3
Médico Chefe do Serviço de Anestesia	1	1	1
Médico Anestesiologista Dom	3	6	6
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Diurno	22	44	44
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Noturno	10	20	20

Handwritten marks: 'X' and 'B' with a signature.



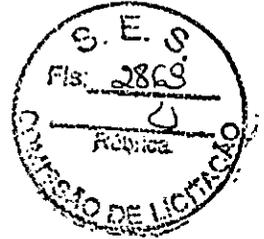
UTIs				
Enfermeiro Coordenador das UTIs	1	1	1	1
Enfermeiro Intensivista líder de UTI	8	8	8	9
Enfermeiro Intensivista Plantão Diurno	16	32	38	38
Enfermeiro Intensivista Plantão Noturno	16	32	38	38
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	32	64	76	76
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	32	64	76	76
Encarregado de Administração	1	1	1	1
Auxiliar Administrativo Diurno	8	16	19	19
Auxiliar Administrativo Noturno	4	8	9	9
Médico Chefe das UTIs Adulto	1	2	2	2
Médico Chefe da UTI Pediátrica (RT)	1	2	2	2
Médico Intensivista Diarista (RT)	8	8	8	8
Médico Intensivista Plant. Diurno	14	28	28	28
Médico Intensivista Plant. Noturno	7	14	14	14
Fisioterapeuta diurno	8	16	19	19

Handwritten signatures and initials.



PLANTONISTAS DE ALAS			
1	1	1	1
Médico Plantonista de Clínica Médica Diurna	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Médica Noturna	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Diurna	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Noturna	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Diurna	1	2	2
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Noturna	1	2	2
Auxiliar Administrativo Rotina	1	2	3

Handwritten signature and initials.



ALAS DE INTERNAÇÃO				
Auxiliar Administrativo Rotina	10	20	24	
Encarregado de Administração	1	1	1	
Enfermeiro Diurno	30	60	72	
Enfermeiro Noturno	20	40	48	
Enfermeiro Encarregado de Andar Diurno	10	20	20	
Enfermeiro Coordenador de Serviço	1	1	1	
Técnico de Enfermagem Diurno	108	216	259	
Técnico de Enfermagem Noturno	48	96	115	
Fisioterapeuta	12	24	24	

[Handwritten signatures and initials]



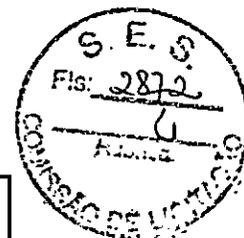
PRONTO ATENDIMENTO				
Assistente Social	1	2	3	
Assistente Social Noturno	1	2	3	
Supervisor de Administração	1	2	2	
Auxiliar Administrativo Diurno	6	12	14	
Auxiliar Administrativo Noturno	3	6	7	
Coordenador de Enfermagem	1	1	1	
Enfermeiro Plantonista Diurno	8	16	16	
Enfermeiro Plantonista Noturno	8	16	19	
Enfermeiro Encarregado Diurno	5	10	10	
Enfermeiro Encarregado Noturno	5	10	10	
Técnico de Enfermagem Diurno	15	30	36	
Técnico de Enfermagem Noturno	15	30	36	
Plantonista de C. BuçoMaxilo	1	2	2	
Plantonista de Cirurgião Geral	2	4	4	
Plantonista de Clínica Médica	2	4	4	
Plantonista de Ortopedia	2	4	4	
Plantonista de Neurocirurgia	1	2	2	
Plantonista de Cirurgia Vascular	1	2	2	
Plantonista de Clínica Pediátrica	2	4	4	
Plantonista de Cirurgia Pediátrica	1	2	2	

Handwritten initials and signature



AMBULATÓRIO				
Assistente Social	3	6	7	
Supervisor de Administração	1	1	1	
Auxiliar Administrativo Diurno	7	14	16	
Enfermeiro Diurno	4	8	9	
Enfermeiro Encarregado	1	2	2	
Enfermeiro Coordenador	1	1	1	
Técnico de Enfermagem 2	8	16	19	
Psicólogos	1	2	3	
Clínica Médica	2	4	4	
Cardiologia	2	4	4	
Pediatria	2	4	4	
Cirurgia Geral	3	6	6	
Ortopedia	3	6	6	
Cirurgia BucoMaxiloFacial	1	2	2	
Cirurgia Cardíaca	1	2	2	
Cirurgia Vascular	2	4	4	
Neurocirurgia	1	2	2	
Otorinolaringologia	1	2	2	
Oftalmologia	1	2	2	
Cirurgia Plástica - Queimados	1	2	2	

[Handwritten signatures and initials]



UNIDADE DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS				
Enfermeiro Coordenador da UTQ	1	1	1	1
Enfermeiro Intensivista líder de UTQ	1	2	3	
Enfermeiro Plantão Diurno	2	4	5	
Enfermeiro Plantão Noturno	2	4	5	
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	6	12	14	
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	6	12	14	
Auxiliar Administrativo Diurno - Rotina	1	1	2	
Auxiliar Administrativo Noturno	1	2	3	
Fisioterapeuta diurno	1	2	3	
Médico Intensivista Diarista (RT)	1	2	2	
Médico Intensivista Plantonista Diurno	1	2	2	
Médico Intensivista Plantonista Noturno	1	2	2	
Médico Cirurgião Plástico diarista	1	2	2	
Médico Cirurgião Plástico	1	2	2	

Handwritten signature and initials



NUTRIÇÃO E DIETÉTICA			
Gerente de Nutrição	1	1	1
Nutricionista D	6	12	14
Nutricionista N	2	4	5
Supervisor de Nutrição	2	4	4
Encarregado de Nutrição	6	6	6
Encarregado de Nutrição	1	2	3
Cozinheiro D	3	6	7
Cozinheiro N	1	2	3
Auxiliar de Cozinha	15	30	36
Auxiliar de Cozinha N	6	12	14
Auxiliar Administrativo	6	12	14
Auxiliar de Serviços Gerais	15	30	36
Auxiliar de Serviços Gerais N	8	16	19
Copeiro	10	20	24
Copeiro N	8	16	19
Dispenseiro	2	4	4
Auxiliar de dispenseiro	3	6	7
Auxiliar de dispenseiro N	1	2	3
Auxiliar Administrativo Rotina	1	2	3
Médico Bronoscopista Diurno	1	1	1
Médico Bronoscopista Noturno	1	1	1
Médico Anestesiologista	1	1	1
BRONCOSCOPIA			



GESTÃO DE PESSOAS				
Supervisor de Recrutam. E Seleção	1	1	1	1
Supervisor de Cargos e Salários	1	1	1	1
Supervisor de Benefícios Sociais	1	1	1	1
Supervisor de Treinamento	1	1	1	1
Supervisor de Higiene e Segurança	1	1	1	1
Supervisor de Pessoal	1	1	1	1
Auxiliar de Recrutamento e Seleção	2	2	3	3
Auxiliar de Cargos e Salários	2	2	3	3
Auxiliar de Benefícios Sociais	2	2	3	3
Auxiliar de Treinamento	2	2	3	3
Auxiliar de Higiene e Segurança	2	2	3	3
Auxiliar de Pessoal	3	3	4	4
Auxiliar Administrativo	2	4	5	5
Técnico de Segurança do Trabalho	2	2	3	3
Médico do Trabalho	2	8	8	8
Enfermeira	1	1	2	2
Técnico de Enfermagem	2	4	5	5
Secretária	2	2	2	2

[Handwritten signatures and initials]



Auxiliar de Manutenção 1	2	4	4	<p align="center">DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA</p> <p>Inclui Almoxarifado, Compras, Manutenção, Hotelaria, Financeiro, Administração, TI</p>
Auxiliar de Ouvidoria	1	1	2	
Comprador 1	1	1	2	
Encarregado de Hotelaria	2	4	4	
Encarregado de Hotelaria N	2	4	4	
Coordenador de Hotelaria	1	1	2	
Coordenador Administrativo	1	1	2	
Coordenador de Contabilidade	1	1	2	
Supervisor de Tesouraria	1	1	2	
Coordenador de Manutenção	1	1	2	
Supervisor de Contas Médicas	1	1	2	
Supervisor de Ouvidoria	1	1	2	
Supervisor de Hotelaria	2	4	5	
Supervisor de Hotelaria N	1	2	2	
Secretária 1	2	2	2	
Secretária de Diretoria	1	1	1	
Supervisor de TI	1	1	1	
Analista de informações 1	2	2	2	
Técnico de hardware 1	3	3	4	
Supervisor de Contas Médicas	1	1	1	

Handwritten signature



Auditor de Contas Médicas 1	2	2	2	2	
Supervisor de Orçamentos e Custos	1	1	1	1	
Auxiliar Administrativo de Custos 1	2	2	2	3	
Técnico de Contabilidade	2	2	2	3	
Supervisor de Faturamento	1	1	1	1	
Auxiliar Administrativo de Tesouraria 1	2	2	2	3	
Auxiliar de Faturamento 1	2	2	2	3	
Supervisor de Gestão de Contratos	1	1	1	1	
Auxiliar de Gestão de Contratos 1	2	2	2	3	

62 3942 1300

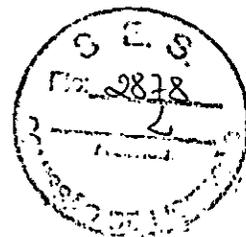
ibgh.org.br

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030



DIRETORIA TÉCNICA Inclui Gerência de Enfermagem, SAME e Comissões	Estatístico	1	2	2
	Psicólogo	2	2	3
	Gerente de Enfermagem	1	1	1
	Supervisor de Administração D	1	1	2
	Supervisor de Administração N	2	4	4
	Auxiliar Administrativo 1 D	6	12	12
	Auxiliar Administrativo 1 N	1	2	3
	Secretária 1	1	1	2
	Secretária de Diretoria	1	1	2
	Diretor Geral	1	1	1
	Diretor Técnico	1	1	1
	Diretor Técnico Adjunto	1	1	1
	Diretor Administrativo	1	1	1
	Diretor Financeiro	1	1	1
Secretária 1	1	1	2	
DIRETORIA GERAL	Secretária de Diretoria	1	1	1

Handwritten signatures and initials.



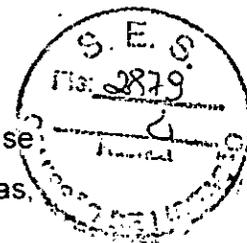
2.17.12. QUADRO RESUMO CONSOLIDADO DE FUNCIONÁRIOS

Cargo	Quantidade de Pessoas
Técnico de Enfermagem	778
Enfermeiro	306
Auxiliar Administrativo	273
Médico Plantonista	163
Auxiliar de Lavanderia	84
Encarregado de Enfermagem	82
Médico Diarista	77
Auxiliar de Serviços Gerais	55
Auxiliar de Cozinha	50
Fisioterapeuta	46
Copeiro	43
Técnico de Farmácia	42
Auxiliar de Laboratório	33
Técnico de Raios-X	33
Analista de Laboratório	26
Nutricionistas	19
Biomédico	14
Assistente Social	13
Auxiliar de Despenseiro	13
Encarregado de Administração	13
Farmacêutico	12
Cozinheiro	10
Outros	147

2.18. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, além de contribuir para o desenvolvimento das pessoas, assegura a qualidade do atendimento ao usuário e a sobrevivência da instituição hospitalar neste cenário de mudanças vertiginosas e demandas qualitativas dos usuários.

Handwritten signatures and initials.



A educação para profissionais de saúde vem evoluindo ao longo do tempo, se modificando e sendo acrescida de informações de várias fontes: técnicas, científicas e mesmo políticas.

A educação em saúde tem diversos sinônimos que, em alguns casos, geram concepções diferentes tais como educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A necessidade de se organizar processos educativos constantes para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nos serviços de saúde, em virtude das especificidades e rápida evolução destes serviços.

Com a regulamentação do SUS, através da Lei 8080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta "que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos" para que possam atuar no SUS. Passa-se, então, aos Municípios uma grande responsabilidade, como também a preocupação encontrarem parceiros para essa tarefa, que é a de capacitar seus profissionais de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto:

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Os serviços de atenção à saúde desenvolvem processos educativos para aprimorar o trabalho assistencial à saúde através da preparação dos seus agentes, no sentido de dar respostas às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação de saúde.



A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período ainda existiam os currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico. A educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o colaborador a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição. É considerada como a capacitação da pessoa para um trabalho específico, portanto, como um tipo de educação cujo desenvolvimento processa-se no ambiente de trabalho e voltada para uma instituição em particular.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizada na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma, são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

Por sua vez, a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. É entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do colaborador, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional.

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que tem disposição para a aquisição de conhecimentos para que ele se desenvolva pessoal e profissionalmente, possibilitando um ajuste constante às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltados para a realidade



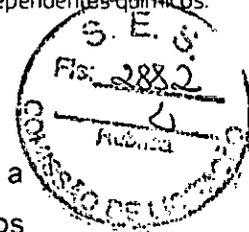
institucional e necessidades do pessoal, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência da saúde.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico e contínuo, seja no modo individual ou coletivo, busca a qualificação, exercício da cidadania e capacitação dos profissionais da saúde a fim de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Através da participação na implementação de atividades que requeiram mudanças nas rotinas, os profissionais são estimulados à aquisição de novos conhecimentos, por meio da educação continuada, como estratégia de aprimoramento constante.

A educação continuada é vista como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização dos serviços. Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

A educação é um dos caminhos para a efetivação dessas mudanças. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, instituiu, através da *Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS*. Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.



A Educação Permanente em Saúde (EPS) deve contribuir para a transformação do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços, a equidade no cuidado e o acesso ao serviço de saúde, uma abordagem que destaca a força das relações no trabalho em saúde, a partir da interação, implicação e compromisso com a produção de si e do mundo.

Como se deseja alcançar uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde é necessário que se busque a educação permanente dos seus profissionais, porque o seu processo é compartilhado coletivamente entre trabalhadores de saúde e usuários do sistema para a busca de soluções dos problemas reais.

É fundamental, atualmente, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente para os seus colaboradores. É necessário lembrar que esses projetos não sobrevivem sem articulação com as instituições formadoras de recursos humanos.

Existe a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino – serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Portanto, é um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar um profissional adequado e capacitado para atuar de acordo com a política de saúde vigente no país, e o serviço se capacita com a presença das escolas no serviço.

Assim, a educação permanente deve ter como objetivo aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde.

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Necessitam não somente de uma seleção de RH adequada, mas também de um trabalho contínuo com os colaboradores, integrando-os na própria função e no contexto institucional da organização.



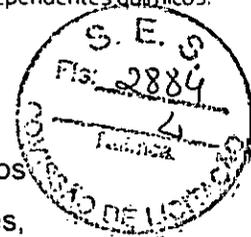
Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnica e científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção, de subjetividade e de habilidades técnicas.

Há diversas maneiras de conceituar educação continuada, educação permanente e em serviço, mas todas têm propósitos definidos que culminam, com o de atendimento das metas da instituição, desenvolvimento profissional e pessoal, acréscimo de conhecimentos, aprimoramento de habilidades e promoção de mudanças de atitudes.

Dessa forma o processo de educação se faz necessário para atualizar conhecimentos e estimular mudanças positivas. Compõem-se por diferentes ações como, cursos, congressos, seminários, orientações, técnicas e estudos individuais.

Os colaboradores recém admitidos devem receber informações quanto à filosofia, a política e a estrutura do hospital, os direitos e deveres e a planta física. Os mesmos devem ser ministrados na fase de adaptação do colaborador, quando ele identifica as rotinas, as normas e os procedimentos de determinada instituição facilitando assim a sua integração.

O objetivo é desenvolver um programa de educação para as equipes de Saúde do hospital tendo como objetivos: disseminar e promover a adoção de práticas inovadoras entre as equipes de saúde, capacitar os membros das equipes de Saúde para lidar com problemas sociais e psicológicos dos pacientes, qualificar os profissionais do hospital, fomentar a utilização de ações que busquem a



humanização do atendimento em saúde fortalecendo as relações entre os trabalhadores de saúde e destes com o doente e seus acompanhantes, desenvolver metodologias eficientes de aprendizagem, disseminar e estimular o conhecimento como uma vantagem competitiva da organização, avaliar os benefícios da educação continuada para os colaboradores, estimular o interesse dos colaboradores em participar dos programas oferecidos pela organização e identificar e avaliar as mudanças, nos colaboradores, após a implantação do programa.

A utilização de indicadores tem a finalidade de monitorar a eficiência e eficácia dos programas de capacitação, e é importante para indicar os ajustes de rota etc.

Exemplo:

Nº de profissionais/categoria capacitados;

Nº de profissionais que utilizam os protocolos assistenciais;

As práticas em saúde serão o eixo integrador do processo educativo. Serão desenvolvidas as seguintes atividades: reuniões de equipe, sessões técnico-científicas, organização de conselhos ou comissões técnicas (com representantes das diversas categorias de trabalhadores de saúde do hospital) e outras ações concretas no ambiente de trabalho (levantamento, pesquisas em cooperação etc.) representam iniciativas para instrumentalizar o trabalho como eixo educativo, privilegiando o enfrentamento e a solução de problemas. Estas ações deverão ser complementadas com outras modalidades de trabalho educativo, orientação de estudos, autoinstruções, modelos de educação à distância (uma vertente com enorme potencial de ampliar e acelerar a educação em todos os níveis) etc.

➤ Utilizar instrumento adequado para realizar pesquisa visando calcular o percentual de resolubilidade em cada nível de atenção;

Handwritten initials: MS and a signature.



➤ Análise do quantitativo de profissionais capacitados, através de relatórios dos cursos, das listas de frequência ou banco de dados.

Deverá ser criado um Núcleo de Educação Permanente que trabalhará articulado com o RH e demais coordenações do hospital, cabendo a este núcleo o planejamento e a implantação de programas de treinamentos e desenvolvimento de pessoal, estimulando os colaboradores ao constante aprendizado e crescimento profissional.

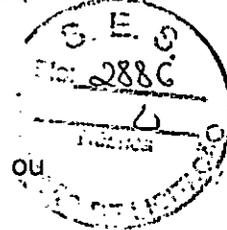
O NEP deverá estimular o desenvolvimento de novas habilidades mantendo a motivação trazida pelos parceiros internos e externos. Colabora, planeja e executa treinamentos, oficinas e palestras. O desafio da qualidade total em discussões contemporâneas tem levado as organizações a se adaptarem a este novo contexto produtivo, por diferentes caminhos, utilizando para isto metodologias que direcionem para a utilização dos recursos materiais e humanos, objetivando uma adequação plena do serviço prestado pelos colaboradores.

Metodologia a ser aplicada:

- Dinâmicas de grupo;
- Apresentação de vídeos com discussão;
- Realização de cenários clínicos em ambiente realístico;
- Utilização dos Simuladores Reais de Paciente;
- Aulas Teóricas.

2.19. REMUNERAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DO PESSOAL

A remuneração direta salarial dos colaboradores do HUGO 2 será de acordo com os valores praticados no mercado de saúde da cidade de Goiânia. Todos os pagamentos aos colaboradores serão através de folha de pagamento para



os funcionários celetistas, Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA ou através de nota fiscal no caso de contratação de profissionais cooperados.

No caso de profissionais cooperados, deverá ser observada a legislação trabalhista e as normas para utilização desse tipo de profissional no Estado de Goiás.

A remuneração direta será conforme o salário definido na contratação do colaborador, eventualmente acrescido de horas extras, adicional noturno e insalubridade.

Outra forma de remuneração é a remuneração por horas trabalhadas, no caso de plantões ou serviços avulsos de segurança e portaria.

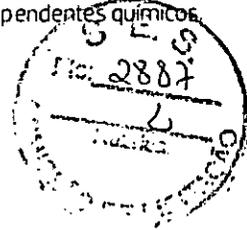
Todos os colaboradores do HUGO 2 serão identificados através de crachá com tamanho de 86 mm de comprimento e 54 mm de altura e 0,75 mm de espessura, com tarja magnética para acionamento de catracas de acesso ao HUGO 2, registro de ponto de entrada e saída (caso não haja registro de ponto por biometria, de vez que os equipamentos serão adquiridos pela SES-GO e não há informação disponível a respeito dos equipamentos que serão adquiridos).

No crachá constará o nome do colaborador, em letra grande, e a área de atuação (CC, UTI, etc.) e a função (enfermeira, limpeza, porteiro etc.).

As cores do cartão de identificação dos colaboradores serão definidas posteriormente, ouvida a SES-GO, e será diferente por área e função.

O colaboradores das áreas assistenciais deverão usar uniformes compostos de calça e blusa/camisa com cores diferentes, conforme a função e a área.

É importante que o pessoal de limpeza, nutrição, enfermagem e manutenção tenham uniformes com cores bem distintas para evitar confusão ou dúvidas entre pacientes, acompanhantes e visitantes.



As cores dos uniformes serão definidas posteriormente, ouvida a SES-GO.

2.20. CAMPO DE ATUAÇÃO DO IBGH NO SETOR SAÚDE

O IBGH tem por objetivos a promoção de ações assistenciais de atenção à saúde, sem discriminação de qualquer clientela, assim como o desenvolvimento das seguintes atividades, entre outras correlatas:

a prestação de serviços multiprofissionais de atenção à saúde, dentro do enfoque interdisciplinar, visando o atendimento integral nos âmbitos ambulatorial, internação e cirúrgico de caráter eletivo, de urgência ou emergência;

a orientação, formação, capacitação de leigos e o aperfeiçoamento de profissionais, de nível médio e superior, para o desempenho de ações de observação, controle e tratamento da saúde; baseados nos princípios da medicina ética e humanística;

a realização de pesquisas científicas com enfoque na prevenção e tratamento de doenças;

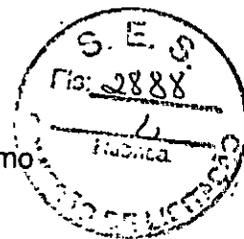
a divulgação e o intercâmbio de conhecimentos desenvolvidos e/ou apreendidos no seu campo de atuação, isoladamente ou em colaboração com os poderes públicos ou entidades particulares;

o exercício de atividades remuneradas nos campos médico, cirúrgico e hospitalar em geral para aporte de recursos financeiros às atividades assistenciais não remuneradas, quando desenvolvidas sem parceria com o Poder Público;

a realização de campanhas educativas de conscientização e orientação da sociedade em face dos agentes biológicos, psicológicos e sociais causadores de malefícios fisiopatológicos;

o tratamento de doenças e suas complicações de forma integral e contínua, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar;

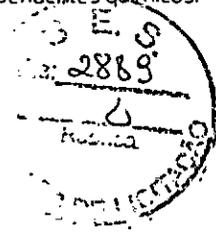
o fomento do estudo, da pesquisa científica, do ensino e treinamento, visando o desenvolvimento de novas tecnologias, a formação, o aperfeiçoamento e o treinamento de profissionais da área da saúde, inclusive com o oferecimento de



estágios para profissionais das áreas da saúde e correlatas, bem como
residência médica;

a produção, compilação e divulgação das informações e dos conhecimentos
técnicos e científicos;

a realização de ações de prevenção e tratamento da dependência de
substâncias psicoativas em ambiente de internação, bem como o tratamento e
orientação de familiares de pessoas com dependência.



3. CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DA PROPOSTA DE TRABALHO

3.1. ITEM ATIVIDADE

3.1.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.1.1.1. FLUXO OPERACIONAL

O fluxo de circulação de pessoas é crítico para o perfeito gerenciamento do hospital tanto em termos administrativos e de segurança, bem como para o controle de infecção hospitalar.

Além disso, o usuário ao acessar o Pronto Atendimento, área interna crítica, precisará ser classificado com referência ao risco do seu estado de saúde, para garantir o mais adequado atendimento, tanto em termos de rapidez quanto no de eficiência terapêutica, eficiência essa que, por diversas vezes depende também da agilidade assistencial.

Daí a importância do fluxo interno.

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

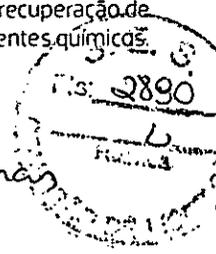
IBGH sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários de acordo com a classificação das áreas a seguir:

ÁREAS INTERNAS CRÍTICAS

São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência) e/ou maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior possibilidade de infecções.

Essas áreas são restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e a pacientes sob tratamento.

São elas:



Áreas restritas {
internas
externas

- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Tratamento Intensivo (UTI);
- Laboratórios;
- Banco de Sangue;
- Lavanderia (área suja).

CME

ÁREAS INTERNAS SEMI CRÍTICAS:

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção, embora o risco seja menor do que nas áreas críticas:

- Apartamentos e Enfermarias;
- Isolamentos na UTI e Observação;
- Ambulatórios;
- Pronto Atendimento de forma geral;
- Salas de pequenas cirurgias;
- Sala de Curativos;
- Sala de procedimentos;
- Sala de Exames;
- Banheiros.

ÁREAS INTERNAS NÃO CRÍTICAS:

As áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, em princípio são todas as demais não listadas anteriormente. Exemplos:

- Diretoria;
- Departamento Financeiro;
- Coordenação de Ensino e Pesquisa;
- Departamento Pessoal;
- Recepções;
- Serviços de apoio: CCIH, Comissão de Prontuário, etc.;
- Setores Administrativos em geral etc.



ÁREAS EXTERNAS

O fluxo de pessoas nas áreas externas do hospital será monitorada e orientada pelo pessoal de portaria e vigilância, com acesso via rádio e/ou telefone para a polícia local, em caso de necessidade.

Entendemos que a recepção do usuário é fase crítica no atendimento hospitalar, e assim, o critério de acolhimento do usuário será através do protocolo de Manchester.

Por isso, cabe a apresentação resumida do processo de acolhimento, o qual será detalhado oportunamente, adiante.

O FLUXO DE ENTRADA DO PACIENTE

1 - ENTRADA DO PACIENTE

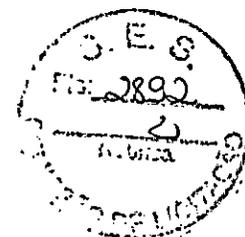
- a) O paciente chega ao HUGO 2 e dirige-se à recepção;
- b) O Auxiliar Administrativo da recepção preenche o cadastro dos dados do paciente no sistema, imprime o documento, entrega ao paciente/acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento;

Nota 01: Os pacientes com dificuldade e locomoção serão encaminhados ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro do mesmo.

- c) O enfermeiro preenche o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco);

A classificação de risco é baseada:

- > Situação/Queixa/ Duração (QPD);
- > Breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);



- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Exame físico sumário: sinais objetivos;
- Verificação da glicemia e eletrocardiograma (se necessário).

Classificação de risco do paciente conforme o protocolo de Manchester:

c.1) **VERMELHO**: prioridade zero – emergência - necessita de atendimento imediato.

c.2) **AMARELO**: prioridade 1 – urgência - atendimento em no máximo 15 minutos.

c.3) **VERDE**: prioridade 2 - prioridade não urgente - atendimento em até 30 minutos.

c.4) **AZUL**: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada. A espera pode ser de até 3 horas.

Nota 02: O paciente com atendimento pré-hospitalar fixo ou móvel (SAMU, outras Instituições de Saúde etc.), poderá ser encaminhado, conforme avaliação médica/paramédica, sem necessidade de passar pelo Acolhimento.

d) O enfermeiro encaminha os pacientes de acordo com o grau de urgência de conduta terapêutica: Área Vermelha, Área Azul (pacientes de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Neurologia, Cardiologia etc.);

e) O médico registra o histórico da doença;

f) O médico registra a hipótese diagnóstica;

g) O médico solicita exames quando necessário;

h) O médico estabelece a conduta médica;



i) O enfermeiro evolui o paciente, cronograma as medicações e presta cuidados de enfermagem;

j) O médico reavalia o paciente e, se for o caso, concede alta.

Nota 03: Os pacientes estabilizados na área vermelha necessitam de suporte intensivo médico e de enfermagem e portanto serão encaminhados para a Área Amarela até a transferência para a UTI ou Centro Cirúrgico.

Nota 04: os pacientes que já foram acolhidos na área azul, e necessitam de observação por um período superior a 12 horas são encaminhados para a Área Verde.

2 - ENCAMINHAMENTOS POSSÍVEIS DO PACIENTE:

- a. Liberação com prescrição e orientação.
- b. Observação: até 24 horas unidade de emergência/urgência.
- c. Internação.

A política e a estrutura de Acolhimento do usuário será detalhada mais adiante.

3.1.1.2. FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS

- a. Documentos de Origem Externa:

Será utilizado Registro no setor de Protocolo Geral.

O setor de PROTOCOLO GERAL será o setor responsável pelo registro de todos os documentos externos que chegarem ao HUGO 2 que encaminhará ao setor ou destinatário informado no documento.



A entrega do documento será devidamente registrada através de protocolo no
REGISTRO DE PROTOCOLO DE DOCUMENTOS EXTERNOS constando os
seguintes dados:



- Data Recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de Entrega
- Assinatura do Recebedor.

b. Documentos de Origem Interna:

Os documentos de origem interna devem ser entregues ao setor/destinatário com o devido registro no Registro de Protocolo de Documentos Internos.

Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Registro de Protocolo de Documentos Externos retro.

OBS: Quanto aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê o sigilo das informações e documentos pertinentes ao paciente, com referência aos procedimentos realizados enquanto usuários das Instituições de Saúde.

Estes documentos confidenciais retro mencionados serão mantidos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas, somente para pessoal autorizado, durante a estadia do paciente na instituição.

FLUXO PARA REGISTRO DO SAME

As informações para o SAME são providas por diversos setores do hospital:

- a. Informática: através do SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;

- b. Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- c. Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;
- d. Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- e. Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;
- f. Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.



3.1.1.3. FLUXO PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

A qualidade dos serviços da CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais; Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos funcionários da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

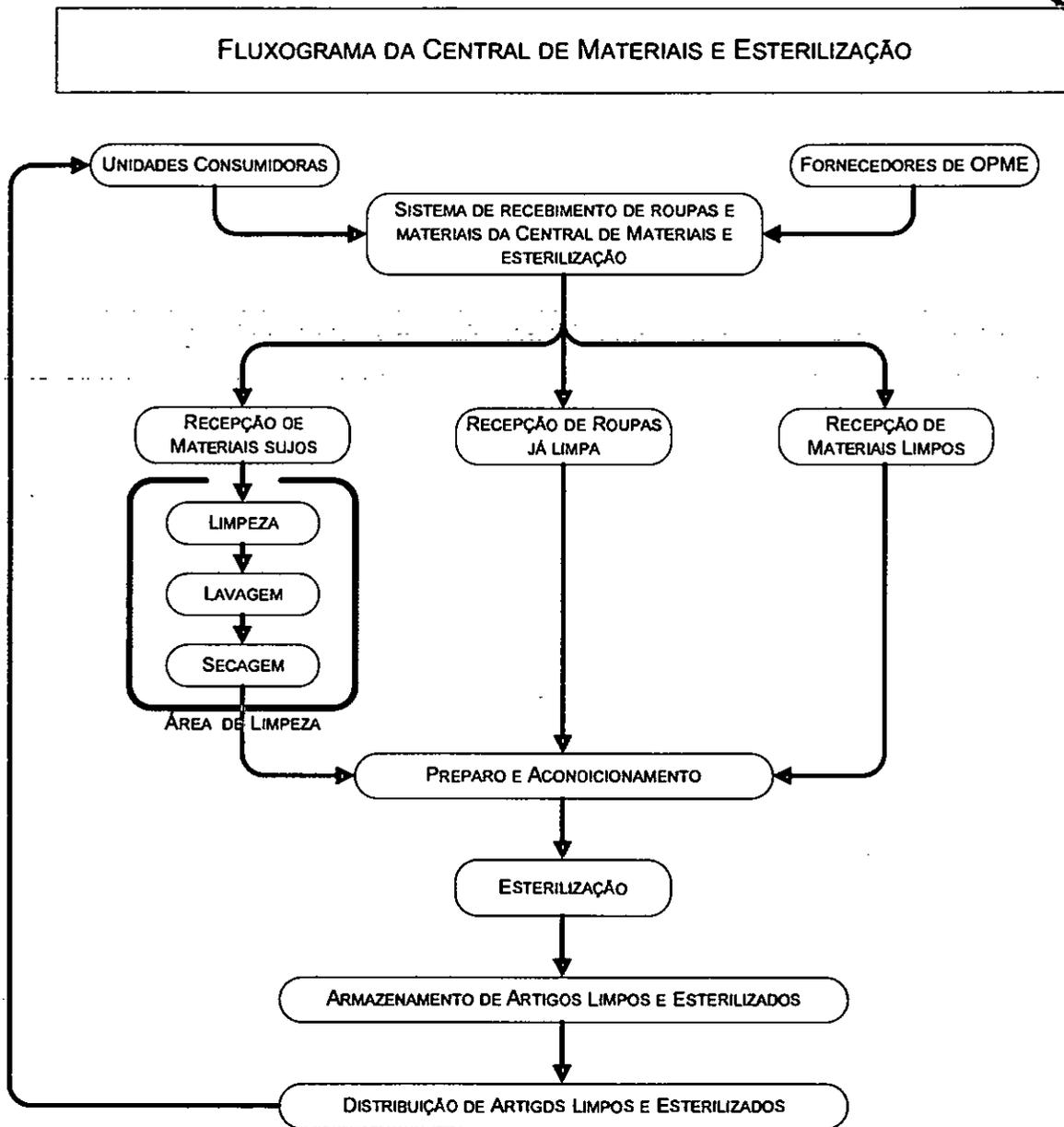


➤ Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.





FLUXOGRAMA DA CME





3.1.1.4. FLUXO PARA ROUPAS

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição.

REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos hampers devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas) deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

COLETA DA ROUPA SUJA NA UNIDADE GERADORA E TRANSPORTE:

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes.

Os sacos dos hampers devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.



O funcionário que realiza a coleta e o transporte deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, botas, gorro, máscara, óculos e luvas).

A coleta deve ser realizada no próprio saco do hamper, em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

Pesagem, Separação e Classificação:

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

- A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.
- A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).



> Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

> A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

> Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades;

> Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

PROCESSO DE LAVAGEM:

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de:

- **CENTRIFUGAÇÃO,**
- **SECAGEM**
- **CALANDRAGEM OU PRENSAGEM,**

que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.



TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de re-contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO:

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

ROUPAS PROVENIENTES DE NUTRIÇÃO E PANOS PARA LIMPEZA:

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

ESTERILIZAÇÃO DAS ROUPAS:

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, conseqüentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

**RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:**

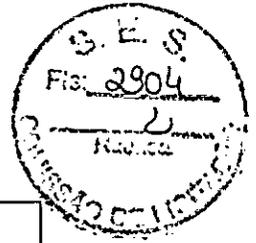
- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte;
 - Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;
 - Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
 - Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum);
 - O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;
 - O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;
- *A rotina de identificação das hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente;
 - A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados;
 - Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;



- >A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital;
- >É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;
- >A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;
- >Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;
- >No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

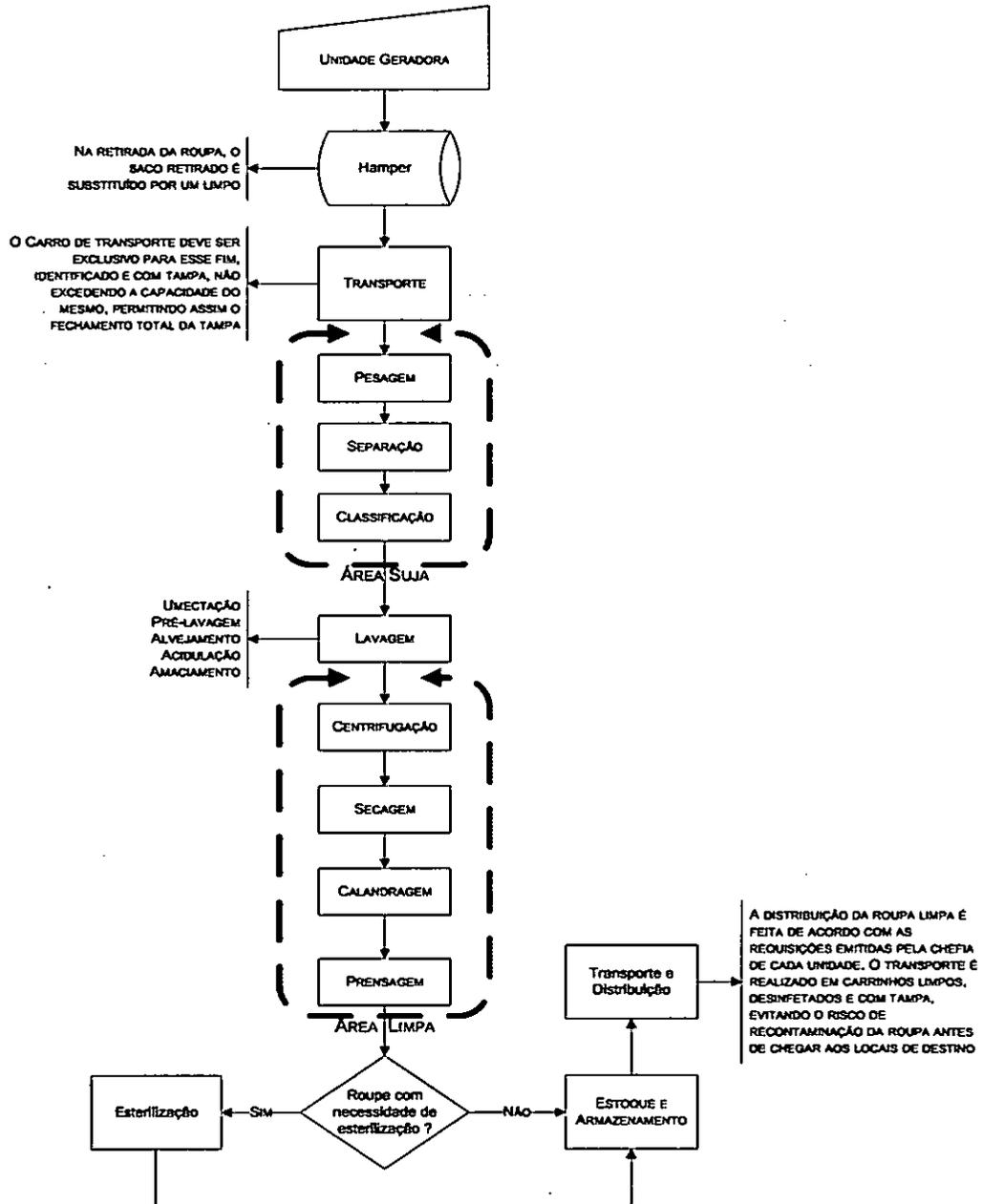
Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.



FLUXOGRAMA DE ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA



[Handwritten signature]



3.1.1.5. FLUXO PARA RESÍDUOS

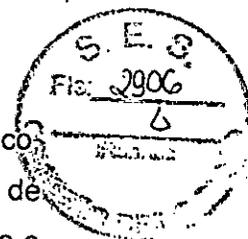
É de responsabilidade dos gestores do HUGO 2, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004. O plano de gerenciamento de resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar) - HUGO 2.

Todas as firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação deverão comprovar capacitação para atuar em estabelecimentos de saúde com os seguintes objetivos:

- Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes do Hospital;
- Promover a redução dos acidentes ocupacionais;
- Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar;
- Contribuir para a preservação do meio ambiente;
- Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos;
- Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos no Hospital, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

TREINAMENTO

O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação



em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco; sistema de gerenciamento de resíduos adotado; divisão e assunção de responsabilidades e tarefas, reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo).

EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.

Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pelo Hospital.

- Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário;
- O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado;
- Definir um responsável pelo treinamento;
- Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados);
- Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).

Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PGRSS

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é



realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante:

- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
- Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS – HUGO 2 identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros; serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas:

- Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer;
- Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.



Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.

Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas.

Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.

Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

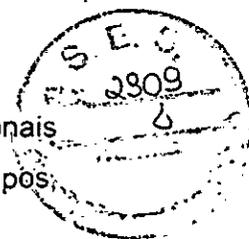
Com este plano o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA OUTRAS MEDIDAS DO PGRSS

O profissional da limpeza deve comprovar vacinação contra tétano e hepatite B, teste tuberculínico anual além de ser treinado continuamente.

Submeter-se a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme NR-7 do Ministério do Trabalho. Os seguintes Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados pelos profissionais em suas atividades de limpeza e manejo de resíduos:

- Avental;
- Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica;
- Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante;
- Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante;
- Óculos de proteção de acrílico;



É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado. Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

O RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS DO PGRSS

Deverá ser feita licitação para a contratação de empresas para efetuarem a remoção dos resíduos. Para essa atividade deve ser considerado que para a reciclagem de resíduos dos Grupos B ou D serão elaboradas, desenvolvidas e implantadas práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos na legislação, a seguir:

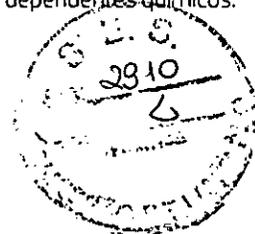
Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS – HUGO 2 identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, a empresa realizará avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente e para todas as partes interessadas.

Serão elaboradas planilhas referindo a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

TIPOS DE RESÍDUOS PREVISTOS NO HUGO 2

Os tipos de resíduos serão agrupados da seguinte forma:

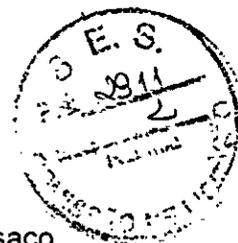
- a. Grupo A: Infectante;
- b. Grupo B: Químico;
- c. Grupo D: Resíduo Comum;
- d. Grupo E: Perfuro cortante.

**GRUPO A:****RESÍDUO INFECTANTE – A1**

- Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios;
- Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde;
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos (líquor, líquido pericárdico, pleural, articular e amniótico); recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

1 – SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação se dá próxima ao local de geração. Inscrição do conteúdo: "RESÍDUO INFECTANTE" e simbologia específica (rótulos de fundo branco, com desenho e contornos pretos) nos sacos, lixeiras, contêineres, coletores de transportes internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme NBR 7.500 da ABNT.



2 - ACONDICIONAMENTO ANTES DA COLETA

O acondicionamento de todos os resíduos contaminados é feito em saco branco leitoso;

Os sacos devem ser colocados em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento;

Os recipientes de acondicionamento, existentes nas salas de cirurgias e nas salas de parto, não necessitam de tampa para vedação;

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

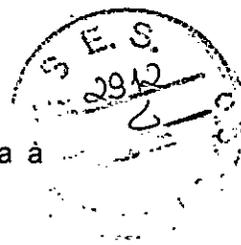
3 - COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O Recolhimento dos sacos deverá ser feito quando forem atingidos 2/3 da capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos sacos. Os resíduos devem ser desprezados diretamente da fonte geradora para os sacos brancos.

Para o transporte interno deve ser considerado o seguinte:

Definir em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com roupas limpas, alimentos, medicamentos, visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço deverá ser executado por profissional devidamente paramentado e treinado.

O trajeto para o traslado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores, conforme RDC ANVISA 50/2002;



Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

4 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO INTERNO

O armazenamento temporário interno se faz da seguinte forma:

- Em sacos de cor branca leitosa, em lixeiras de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados;
- Sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis;
- Não é permitida a retirada de sacos de dentro de recipientes na sala de armazenamento temporário;

Se a sala de armazenamento temporário – INTERNO - for compartilhada com a sala de utilidades (expurgo), neste caso, e apenas neste caso, a sala deve dispor de área exclusiva de no mínimo 4m², **para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores.**

5 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento externo se dá em:

- **Ambiente exclusivo.** Grupos A e E podem ser juntos, porém ambos separados do grupo D.
- Na área de armazenamento externo é proibida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes de armazenamento ali estacionados.
- Deverá ser uma sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis;
- Piso resistente ao tráfego de carros coletores;
- Guarda de no mínimo dois carros de transporte interno;
- Área com identificação: Sala de Resíduos;
- Resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados num período superior a 24 horas de seu armazenamento deverão ser conservados sob refrigeração.



6 - TRANSPORTE EXTERNO, TRATAMENTO E DESTINAÇÃO FINAL

Para o transporte externo carros de carga na cor branca devem ter inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte, de acordo com as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT, que é o mesmo procedimento para todos os tipos de resíduos.

Para o tratamento de destinação final deverá ser usado utilizado sistema de incineração e a disposição final das cinzas será feita em aterro sanitário licenciado.

GRUPO INFECTANTE - A3

Compreende este grupo peças anatômicas (membros etc.) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas, estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e do qual não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

GRUPO INFECTANTE - A4

Este grupo é composto por kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipo escultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; peças anatômicas não submetidas a processos

de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão



GRUPO B RESÍDUO QUÍMICO

Serão resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade;

Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; anti-neoplásicos; imunossuppressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos;

Os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;

- Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfetantes;
- Resíduos contendo metais pesados; (não gerados);
- Recipientes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;
- Serão os efluentes de processadores de imagem que constam do grupo B 3.1 os reveladores e do B 3.2 os fixadores;
- Agrega os efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Possui os demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos e/ou inflamáveis): líquidos inflamáveis, formaldeído, gases comprimidos;
- São resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente: resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente.





Assim sendo, as características dos riscos destas substâncias serão as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98. A Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ) não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos. Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos. As embalagens e materiais contaminados por substâncias químicas que apresentem risco a saúde e ao meio ambiente, devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.



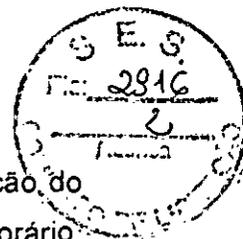
1 - SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação se dá próxima ao local de geração. Devem ser identificados os sacos, os recipientes de acondicionamento, os coletores de transportes internos e externos, os locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, contendo:

- Conteúdo (discriminação da substância química e frases de risco);
- Simbologia e expressão (Resíduo Químico) específicas do risco associado.

2 - O ACONDICIONAMENTO

Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observados as exigências de compatibilidade química do resíduo entre si, assim como com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem.



3 - COLETA E TRANSPORTE INTERNO

Serão acondicionados em recipientes individualizados. Definido em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço é executado por profissional devidamente paramentado e treinado. Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

4 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO INTERNO

No caso de pequenos geradores é desnecessário.

5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO EXTERNO

Ficam armazenados no depósito temporário de resíduos recicláveis, acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química entre resíduos e entre estes e a embalagem e, que não permitam vazamentos.

GRUPO D RESÍDUO COMUM

São os resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde e ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domésticos, tais como:

- Papel sanitário, fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestiário, restos alimentares de pacientes;
- Sobras de alimento e do preparo de alimentos (resíduos úteis para compostagem);
- Resto alimentar de refeitório (resíduo sem utilidade);
- Resíduos de áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas de árvores e jardins;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;



- Resíduos recicláveis (papel, metal, vidro, plástico);
- Resíduos sem utilidade.

As embalagens secundárias (de quaisquer medicamentos ou produtos médico-hospitalares, frascos plásticos de soro e frascos de vidros ou plásticos de medicamentos ou de outro produto farmacêutico), desde que não contaminadas por produto químico, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

1 - SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Pode ser segregado distante do local de geração. A inscrição do conteúdo, cor e simbologia específica de materiais recicláveis nos sacos, lixeiras, carros coletores de transporte internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme Resolução CONAMA 275/2001. A cor azul para papéis, metais, vidros e plásticos e cor preta para resíduos orgânicos. Para o HUGO 2 sugerimos padronização dos carros coletores de cor branca, trocando somente a simbologia para resíduo reciclável.

2 - ACONDICIONAMENTO

O acondicionamento deve se feito em:

- Sacos impermeáveis nas diferentes cores, colocados em recipientes identificados;
- Lixeiras com simbologia diferente para cada tipo de resíduo;
- Carros.

Locais de armazenamento interno junto com os demais resíduos e externo separados dos demais resíduos.

3 - COLETA E TRANSPORTE INTERNO



O recolhimento dos sacos quando atingir 2/3 da capacidade sendo feita a coleta duas vezes por dia. Os carros de transporte serão de cor branca identificado com simbologia para resíduos recicláveis, de material lavável, rígido, impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo, cantos arredondados e rodas revestidas de material que reduza o ruído; recipientes com mais de 400 litros devem possuir válvula de dreno no fundo. O trajeto para o traslado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores.

4 - ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O armazenamento interno temporário deve ser feito em:

- Locais de armazenamento interno serão junto dos demais resíduos;
- Locais de armazenamento externo, separados dos demais resíduos;
- Coletores internos de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados.

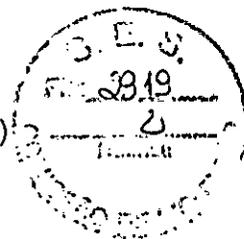
5 - ARMAZENAMENTO EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

Deve ser armazenado em ambiente exclusivo, conforme descrito para os resíduos químicos.

No tratamento de destinação final os recicláveis serão destinados à venda e encaminhados para a reciclagem. Resíduos como compostagem, flores, podas de árvore, jardinagem, sobras de alimento de refeitórios e de outros, desde que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou fluido corpóreo serão encaminhado para aterro sanitário urbano.

GRUPO E RESÍDUO PERFURO CORTANTE

Os materiais perfuro cortantes como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, brocas, pontas diamantadas, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas, espátulas e todos os utensílios de vidro



quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares contaminados com material biológico.

1 - SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação ocorre próxima ao local de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder à sua retirada manualmente. Os recipientes de coleta devem conter na identificação:

➤ **Inscrição: Resíduo perfuro cortante**

Símbolo internacional de risco biológico com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, conforme NBR 7500 da ABNT.

2 - COLETA E TRANSPORTE INTERNO

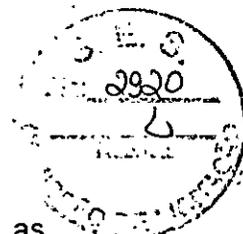
O recolhimento dos recipientes quando atingir 2/3 da capacidade ou o nível do preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos recipientes de acordo com a RDC 306 e encaminhados ao estabelecimento de referência. O transporte interno nos mesmos recipientes e seguem as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

3 - ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O Armazenamento Interno Temporário é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

4 - TRATAMENTO

Não necessitam de tratamento.



5 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

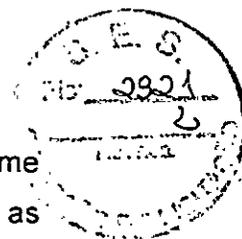
O armazenamento interno é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados. Os Grupos A e E podem estar juntos, os demais grupos deverão ser armazenados em áreas separadas. Deve estar em conformidade com a Resolução CONAMA 283/2001.

CRITÉRIOS PARA ARMAZENAMENTO EXTERNO

Área de ser identificada de uso restrito com área mínima de 4m², com largura mínima de 2 metros para que permita manobra simples de pelo menos dois carros de coleta. Deve ser de alvenaria e coberto com material adequado em local afastado do corpo da edificação. O piso e paredes revestidos de material liso, resistente, lavável e impermeável, preferentemente branco e rejuntado. Tem de dispor de torneira baixa para lavagem de pisos e paredes; pias para a lavagem das mãos; tomada elétrica; piso com caimento em direção a canaletas de escoamento direcionadas para ralo sifonado, ligado à rede de esgoto e dotado de dispositivo de fechamento; porta abrindo para fora, com proteção inferior (tela) contra acesso de vetores, identificada com expressões de manter sempre fechada, acesso exclusivo de funcionários responsáveis pelo serviço e nome e simbologia do tipo de resíduo e, larga o suficiente para permitir a passagem de carros de coleta. O acesso exclusivo de funcionários do setor; deverão receber lavagem e desinfecção ao fim de cada fluxo. Deve conter um freezer com capacidade para sete dias de geração.

TRANSPORTE EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

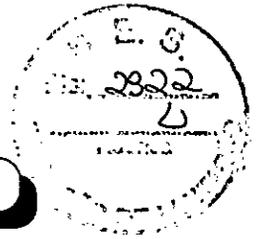
O transporte externo deve ser feito em carros com recipiente de carga na cor branca, inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte. A coleta e transporte externo deverão seguir as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT.



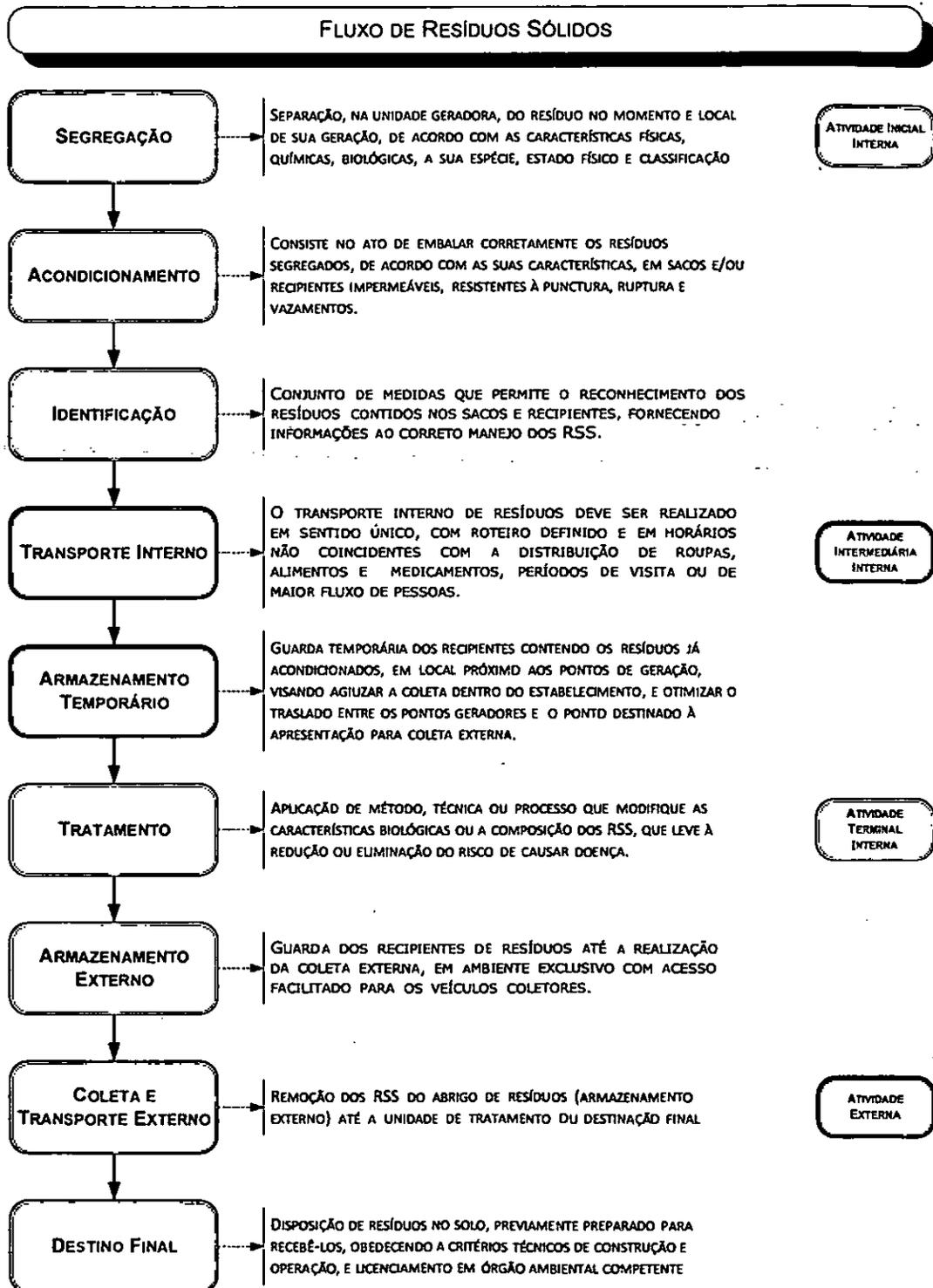
A disposição final é feita em local com licenciamento ambiental conforme resolução CONAMA nº 237/97. A disposição final deve estar de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

ABRIGO DE HIGIENIZAÇÃO

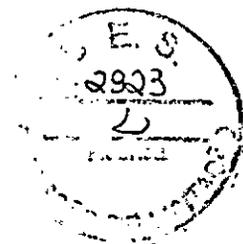
O abrigo de higienização é o local exclusivo para limpeza de utensílios, carros coletores, lixeiras ou recipientes de suporte de sacos de resíduos, baldes, pás, vassouras, panos de chão e demais materiais necessários ao manejo de resíduos. Deve ser mantido em sala para guarda destes materiais, piso e paredes resistentes, lisos e impermeáveis, laváveis e de cor clara, provida de pontos de luz e tomada elétrica, ponto de água, com torneira baixa e alta, tanque com torneira, ralo sifonado com tampa, ligado à rede de esgoto, pia exclusiva para a lavagem das mãos, e todos os EPIs necessários para a função.



FLUXO DE CONTROLE E MANIPULAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS



[Handwritten signature]



3.1.2. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

3.1.2.1. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL

TÍTULO I - DAS FINALIDADES

Artigo 1º. O Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 destina-se a prestar atendimento hospitalar de Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Queimados, Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Proctologia, Cirurgia Torácica, Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Pneumologia, Vascular Clínico e Cirúrgico, Nefrologia, Endocrinologia, Hematologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica (Centro de Queimados), regulados pelos Complexos Reguladores do Estado de Goiás.

§1º. O Hospital disponibiliza os seguintes serviços à comunidade usuária do SUS na cidade de Goiânia durante 24 horas, 7 dias por semana:

- I. Internação Hospitalar nas clínicas: médica, cirúrgica, nas suas várias especialidades, conforme o caput do art. 1º em situação eletiva e referenciada;
- II. Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico;
- III. Pronto Atendimento de Urgências e Emergências;
- IV. Exames de Raios X;
- V. Exames de Ultrassonografia;
- VI. Exames de Tomografia Computadorizada;
- VII. Exames de Ecocardiografia;
- VIII. Exames de Análises Clínicas;



IX. Atendimento Ambulatorial para pacientes egressos da internação hospitalar;

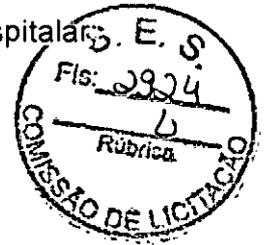
X. Cicloergonomia;

XI. Retossigmoidoscopia;

XII. Anatomia Patológica;

XIII. Exames de Tomografia computadorizada.

XIV. Ecodopplercardiografia;



CAPÍTULO II - DA MANUTENÇÃO

Artigo 2º. O Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 será mantido com base nas verbas específicas oriundas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO).

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO GERAL

Artigo 3º. A estrutura do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, sediado em Goiânia – GO, compreende três áreas articuladas, figurando na primeira a estrutura técnico-administrativa, na segunda a assistencial para internação e a terceira a estrutura para atendimento ambulatorial.

Artigo 4º. A estrutura do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 distribui-se, hierarquicamente, pelos seguintes níveis de decisão, coordenação e execução:

I. Diretorias;

II. Gerências;

III. Supervisões;



IV. Chefias.

CAPÍTULO IV - DAS DIRETORIAS E GERÊNCIAS

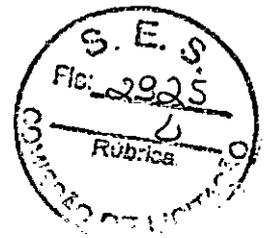
Artigo 5º. A Diretoria tem a responsabilidade de coordenar e fiscalizar as atividades do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2.

§ 1º. A Diretoria é composta por: Diretor Geral, Diretor Administrativo, Diretor Financeiro e Diretor Técnico, além de um Diretor Clínico eleito pelo Corpo Clínico sem funções executivas no hospital e com atribuições específicas de representatividade do corpo clínico conforme a legislação vigente.

§ 2º. O Diretor Geral será substituído nos seus impedimentos pelos Diretores Técnico, Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, nesta ordem.

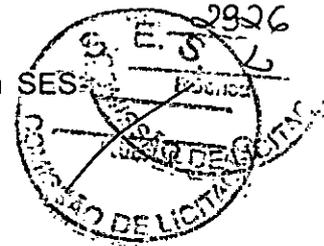
Artigo 6º. Ao Diretor Geral, compete:

- I. Gerir e representar o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;
- II. Nomear os Diretores Técnico, Administrativo e Financeiro e, conjuntamente com o Diretor Técnico, o(a) Gerente Operacional de Enfermagem;
- III. Nomear, conjuntamente com o Diretor Técnico, o Diretor Clínico a partir da sua eleição pelo Corpo Clínico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;
- IV. Facilitar processo de votação do Diretor Clínico em parceria com o Conselho Regional de Medicina;
- V. Cumprir e fazer cumprir as decisões dos órgãos e entidades responsáveis por autorizações e licenças para o funcionamento do Hospital de Urgências





Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, particularmente as da SES GO;



VI. Cumprir e fazer cumprir as normas deste Regimento Interno;

VII. Zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

VIII. Aplicar recursos orçamentários destinados ao Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

IX. Autorizar despesas de compras e serviços de urgência e delegar esta autorização a outros Diretores;

IX. Movimentar contas bancárias conjuntamente com o Diretor Financeiro;

X. Elaborar e submeter à apreciação da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás os relatórios e informações preconizados no Contrato de Gestão.....;

Artigo 7º. As Diretorias são órgãos executivos da Diretoria, com atribuição de promoverem a articulação dos Serviços do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, para ordenação dos trabalhos assistenciais e administrativos.

§ 1º. As demais Diretorias são:

I. Diretoria Técnica;

II. Diretoria Financeira;

III. Diretoria Administrativa.



§ 2º. As demais Diretorias serão exercidas por profissionais de nível superior das áreas de saúde ou administração hospitalar (ou experiência profissional equivalente, quando couber), em regime de tempo integral.



§ 3º. A Diretoria Técnica coordenará as atividades do corpo clínico, mantendo informado o Diretor Clínico, bem como aquelas relacionadas à assistência não médica, de terapias complementares, de diagnóstico e de farmácia.

O Diretor Técnico Adjunto fará a Coordenação de todas as comissões técnicas, reportando-se à Diretoria Técnica. Também deverá assessorar o Diretor Técnico nas suas atribuições e atender as suas solicitações de suporte às atividades da diretoria técnica.

§ 4º. A Diretoria Financeira será responsável pela gestão dos recursos financeiros incluindo a aplicação dos recursos enquanto não forem utilizados pelo hospital, pela contabilidade, faturamento, área fiscal, tecnologia a informação, custos e geração de informações para a SES-GO referente à aplicação dos recursos financeiros e o cumprimento do orçamento.

§ 5º. A Diretoria Administrativa coordenará as atividades administrativas e de apoio às atividades assistenciais.

Artigo 8º. Ao Diretor Financeiro, compete:

I. aplicar os recursos orçamentários destinados ao Hospital, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo corpo diretivo e pelo Orçamento definido no contrato de Gestão..... com a SES-GO, decidindo sobre aquisição de materiais, equipamentos e execução de serviços;

II. autorizar despesas de compras e serviços de urgência;

III. movimentar contas bancárias conjuntas do hospital juntamente com o Diretor Geral;



IV. delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua diretoria e definir normas e determinações de serviços, no âmbito da gestão financeira;

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal da área financeira;

VI. zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;

VII. elaborar levantamentos de custos hospitalares visando atender aos requisitos de informações da SES-GO e aos requisitos do Diretor Geral e demais diretores;

VIII. coordenar e controlar as atividades da área de informática zelando para a eficiência e segurança das informações geradas e armazenadas;

IX. executar o faturamento dos serviços prestados e controlar o recebimento da verbas orçamentárias ou extraordinárias, prestando contas conforme definido pela SES-GO e a diretoria geral;

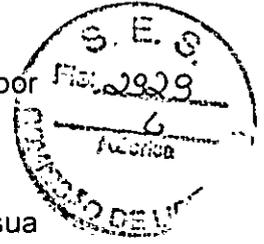
X. elaborar os relatórios contábeis conforme a legislação vigente e os requisitos da SES-GO, além de atender às demandas dos demais diretores em termos de informações contábeis;

XI. elaborar relatórios de previsão de desembolsos e recebimentos de verbas orçamentárias ou extraordinárias, para possibilitar à diretoria planejamento de investimentos, necessidades de caixa etc.;

VII. apresentar ao Diretor Geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.

Artigo 9º. Ao Diretor Administrativo compete:





- I. autorizar, o recrutamento, a seleção e o treinamento de pessoal e propor contratação e desligamento de acordo com a Legislação vigente;
- II. zelar pela ordem, aplicando as sanções disciplinares, que sejam de sua competência;
- III. assinar folhas de pagamento de serviços extraordinários dos funcionários do Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;
- IV. delegar atribuições aos responsáveis pelos serviços ligados à sua diretoria e definir normas e determinações de serviços, no âmbito administrativo;
- V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal administrativo;
- VI. coordenar a limpeza, segurança e portaria do hospital;
- VII. apresentar ao Diretor Geral, até o final do primeiro mês de cada ano, relatório das atividades da Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente.

Artigo 10º. Ao Diretor Técnico compete:

- I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais médicos e outros da área de saúde, terapias complementares e diagnóstico lotados no Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;
- II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal médico e outros da área da saúde, terapias complementares e diagnóstico lotados no Hospital de Urgência Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;
- III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais médicos e outros da área de saúde (terapias complementares e diagnóstico);



IV. apresentar ao Diretor Geral, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades da sua Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente;

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal médico e outros da área de saúde (terapias complementares e diagnóstico);

VI. Representar o Hospital perante os órgãos públicos, entidades de classe e a SES-GO no que se refere aos aspectos técnicos da atividade hospitalar.

§ Único - O Diretor Técnico deverá manter o Diretor Clínico informado do andamento das atividades do corpo clínico, bem como receber do Diretor Clínico informações, solicitações, sugestões etc. com referência às demandas do corpo clínico no sentido de oferecer aos pacientes tratamento diagnóstico e terapêutico adequado, cabendo ao Diretor Técnico atender a estas demandas sempre que possível.

VII. Nomear e supervisionar as atividades da Gerência Operacional de Enfermagem;

VIII. Coordenar as atividades da área de nutrição hospitalar.

Artigo 10º. A Gerência Operacional de Enfermagem coordenará o planejamento e a execução das atividades de enfermagem desenvolvidas no âmbito do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, sob subordinação ao Diretor Técnico. À Gerência Operacional de Enfermagem compete:

I. coordenar as atividades assistenciais dos profissionais de enfermagem lotados no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;



II. assegurar o cumprimento das escalas de serviço do pessoal de enfermagem lotados no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;

III. definir normas e determinações de serviços referentes às atividades dos profissionais de enfermagem lotados no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;

IV. apresentar ao Diretor Técnico, até no máximo o final do primeiro mês de cada ano, relatório circunstanciado das atividades da sua Diretoria no ano anterior e proposta de trabalho para o ano subsequente;

V. fiscalizar as tarefas executadas pelo pessoal de enfermagem;

VI. Reportar ao Diretor Técnico toda e qualquer ocorrência fora das rotinas previstas, bem como obter do Diretor Técnico as orientações para o desenvolvimento das atividades de enfermagem.

CAPÍTULO V – DA GESTÃO DE PESSOAS

Artigo 11. A Gerência de RH, indicada e nomeada pelo Diretor Administrativo, tem por função a implementação da política de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2.

Artigo 12. Compete ao gerente de RH:

I. Planejar, coordenar e implementar ações pertinentes à gestão e desenvolvimento de pessoas no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2;

II. Assessorar as Diretorias do Hospital em assuntos de gestão de pessoas e pagamento de salários e remunerações por serviços prestados ao hospital;



III. Assessorar as áreas operacionais e apoiá-las em suas atividades, principalmente as voltadas para capacitação permanente de pessoal;

IV. Desenvolver e acompanhar a Política de Humanização de acordo com as Diretrizes Nacionais do SUS;

CAPÍTULO VI – DOS SERVIÇOS DE APOIO ADMINISTRATIVOS E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Artigo 13. As áreas Assistenciais subordinadas à diretoria técnica e gerência de enfermagem: centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica, a unidade de queimados, o pronto atendimento, o atendimento ambulatorial, unidades de internação, unidade de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, e as áreas de Apoio Hospitalar subordinadas à área administrativa: recursos humanos, treinamento e educação continuada são encarregadas de operacionalizar assistência no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2.

§1º. O número, subordinação hierárquica, a quantidade de colaboradores por área, a denominação dos Serviços Assistenciais e de Apoio Hospitalar, serão aprovadas pela equipe diretiva do Hospital, mediante processo de Planejamento Estratégico, podendo ser alterada sempre que as condições operacionais ou estratégicas assim o recomendar.

Artigo 14. Compete aos supervisores dos Serviços Assistenciais e de Apoio Administrativo:

I. Elaborar plano de ação, contendo objetivos, metas e indicadores de avaliação de desempenho, em consonância com a missão e as metas gerais do Hospital;

II. Encaminhar para apreciação do Diretor de sua área o planejamento interno do Serviço;



III. Desenvolver as atividades de sua competência de forma integrada com os demais Serviços que compõem o Hospital.



CAPÍTULO VII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 15. - Este Regimento será aplicado a todo pessoal que exerce atividade no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, inclusive aos estagiários e residentes, no que couber.

Artigo 16. Este Regimento entrará em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.

Goiânia, ____ de _____ de 2013

Representante do HUGO 2"

3.1.2.2. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º. Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria do hospital.

CAPÍTULO II – DA FINALIDADE

Art. 2º. Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em _____.



CAPÍTULO III – OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º. São objetivos do Corpo Clínico:

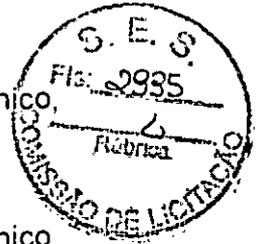
- I. a realização de ações integradas assistenciais e preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- II. o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
- III. a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

CAPÍTULO IV – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 4º. A Diretoria Clínica é o órgão de coordenação e integração do Corpo Clínico com o hospital e com o Diretor Técnico do hospital.

Art. 5º. Integram a Diretoria Clínica:

- I. Diretor Clínico;
- II. Assistentes Clínicos;
- III. Comissão de Ética Médica;
- IV. Comissões Técnico-Científicas.



Art. 6º. O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

§ Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, diretamente ou por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 7º. O Diretor Clínico será nomeado pelo Diretor Técnico após votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico através de lista triplíce.

§ único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de 2 (dois) anos, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 8º. São atribuições do Diretor Clínico:

I. O incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal;

II. O acompanhamento da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

III. O acompanhamento da normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

IV. Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste Regimento e nas normas de fiscalização do CRM/GO;

V. Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias do Corpo Clínico previstas neste Regimento;



VI. Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade autoridades;

VII. Aprovar o credenciamento do médico com cadastro apreciado e aprovado pelo hospital, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico;

VIII. A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico;

IX. Constituir as Comissões Técnico-Científicas;

X. Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos.

Art. 9º. Os Assistentes Clínicos têm as seguintes atribuições:

I. Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II. Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos;

III. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento;

IV. Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica;

V. Sugerir ao Diretor Técnico normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI. Recomendar e organizar, em conjunto com o Diretor Técnico, as atividades relativas à atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos usuários;



VII. Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 10º. As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico com aprovação prévia do Diretor Técnico;

§ Único: A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CRMDF.

Art. 11. As Comissões Técnico-Científicas têm sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 12º - As Comissões Técnico-Científicas têm por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico e ao Diretor Técnico no que se refere a:

- I. Protocolos de conduta;
- II. Controle de infecção hospitalar;
- III. Normas e procedimentos operacionais;
- IV. Registros médicos;
- V. Avaliação de desempenho;
- VI. Farmácia e terapia;
- VII. Qualidade de assistência médica;
- VIII. Publicações periódicas;
- IX. Residência médica;
- X. Credenciamentos;
- XI. Procedimentos complexos;



XII. Análise de óbitos.

Art. 13. As comissões devem ter caráter multidisciplinar.

Art. 14. Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CRM/GO, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação.

Art. 15. Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO V – DOS MÉDICOS

Art. 16. Os médicos que se encontram em pleno direito de exercer a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 são distribuídos nas seguintes categorias:

I. Efetivos;

II. Temporários;

III. Consultores;

IV. Estagiários;

Art. 17. São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de 6 (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 18. São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico para internar seus pacientes no Hospital de Urgências



Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

§ Único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder a 12 (doze) meses.

Art. 19. São membros consultores os médicos de reconhecida capacidade técnica, que aceitam colaborar com o Corpo Clínico quando solicitado pelo Diretor Clínico, na forma deste Regimento.

Art. 20. São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc.) os médicos devidamente inscritos no CRM/GO, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Art. 21. Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 22. Por autorização do Diretor Técnico, com informação ao Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, o médico deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

CAPITULO VI – DO CREDENCIAMENTO

Art. 23. O credenciamento consiste na aprovação pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico do cadastro de um membro temporário, candidato a membro efetivo.

§ Único: Todas as solicitações para credenciamento serão feitas por escrito e enviadas para apreciação em formulário próprio.

Art. 24. São pré-requisitos para credenciamento:



I. Atuação como membro temporário do Corpo Clínico há pelo menos 6 meses;

II. Competência, experiência e atualização comprovadas relevantes;

III. Estado de saúde assegurando que o candidato seja capaz de desempenhar as habilitações clínicas requeridas.

Art. 25. Cabe à Diretoria a exigência da documentação necessária para instruir o processo de ingresso no Corpo Clínico.

§ Único: Informações necessárias para cadastramento.

- Registro profissional e de qualificação pelo CRM/GO;
- Certificados e atestados de qualificações;
- Relação dos programas de treinamento e nome dos responsáveis dos serviços que tenha participado;
- Declaração do candidato sob pendências éticas ou jurídicas presentes e passadas;
- Declaração de aceite em cumprir o Regulamento da Instituição e o Regimento do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VII – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 26. Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

- I. Votar e ser votado;
- II. Integrar e presidir comissões;
- III. Representar clínicas e/ou serviços.

§ Único: É vedado o voto por procuração.



Art. 27. O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO VIII – DA ORGANIZAÇÃO

Art. 28. As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços conforme a ser definido pelo Diretor Técnico, e comunicado ao Diretor Clínico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art. 29. Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento específico, se houver.

Art. 30. Ao representante do serviço compete:

- I. supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;
- II. promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;
- III. identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Técnico e Diretor Clínico.

CAPÍTULO IX – DAS PENALIDADES

Art. 31. As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores às seguintes penas disciplinares:

- I. Advertência escrita reservada;

J
W
R



II. Suspensão temporária do credenciamento;

III. Descredenciamento.

Art. 32. A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 33. No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

§ Único: A aplicação da penalidade de descredenciamento será precedido de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

CAPÍTULO X – DAS REUNIÕES

Art. 34. As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 35. As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada 30 (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 36. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 37. As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 38. É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 estão sujeitos às mesmas normas para as ações



assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.



Art. 40. As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 41. O presente Regimento aprovado em reunião de ___/___/___, entrará em vigor na data de sua publicação.

Goiânia... de...de 2013

DIRETOR TÉCNICO

**3.1.2.3. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA ENFERMAGEM****REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM****CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS**

Art. 1º. O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

- I. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
- II. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
- III. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO

Art. 2º. O Serviço de Enfermagem do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 – Goiânia está subordinado ao Diretor Técnico do HUGO 2, e será coordenado exclusivamente por um Gerente Operacional de Enfermagem que possua qualificações pertinentes e autonomia profissional.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO: (ESTRUTURA ADMINISTRATIVA)

Art. 3º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim definido:

- I. Gerente Operacional de Enfermagem;
- II. Enfermeiros supervisores;
- III. Enfermeiros chefes de unidades;
- IV. Enfermeiro responsável pela CCIH;



V. Técnicos de Enfermagem.

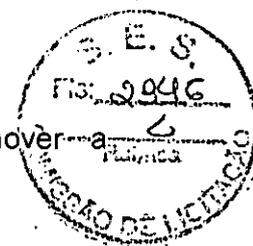
CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - A Instituição mantém os Serviços de enfermagem nas áreas que seguem:

- I. Unidades de Internação;
- II. Unidades de Terapia Intensiva;
- III. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- IV. Unidade de Emergência;
- V. Unidade de Centro Cirúrgico;
- VI. Unidade Ambulatorial;
- VII. Unidade de Centro de Materiais - CME;
- VIII. Unidade de Queimados;
- IX. Unidade de Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento – SADT.

Art. 5º. À Gerência Operacional de Enfermagem, compete:

- I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar meios que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle e provimento de pessoal de Enfermagem voltado a atender às necessidades organizacionais do Hospital, do próprio serviço e satisfazer às necessidades dos pacientes que estiverem sob seus cuidados;
- II. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação



continuada, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;

III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes.

Art. 6º - À Unidade de Internação, compete:

- I. Assistir o paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia;
- II. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente;
- III. Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para o bom funcionamento da unidade.

Art. 7º - À Unidade do Centro Cirúrgico, compete:

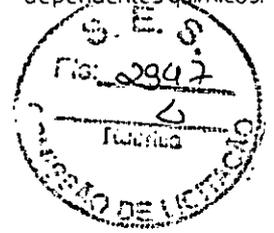
- I. Assistir os atos cirúrgicos para diagnóstico e/ou tratamento dos pacientes e realizar os procedimentos de enfermagem solicitados.

Art. 8º. À Unidade de Centro de Materiais, compete:

- I. Executar o processo de esterilização do material utilizado na Instituição;
- II. Realizar periodicamente os testes de controle da eficácia da esterilização.

Art. 9º. Ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

- I. Desenvolver ações na identificação ativa das infecções hospitalares;
- II. Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- III. Participar da equipe de Padronização de medicamentos.

**CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS**

Art. 10º. Para o exercício da atividade de enfermagem no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 deverá ser observado o disposto na Lei 7.498, além do registro no COREN-GO.

I. As qualificações para o exercício das atividades de Técnico de Enfermagem seguirão as determinações da legislação em vigor e as determinações do COREN-GO;

II. A Diretoria Técnica definirá, em conjunto com a Gerência Operacional de Enfermagem, as demais qualificações requeridas para o exercício das funções de enfermagem.

Art. 11º. Classificação das categorias profissionais.

I – Gerente Operacional de Enfermagem;

II - Enfermeiro Supervisor;

III - Enfermeiro Chefe de Unidade;

IV - Enfermeiro do CCIH;

V - Técnico de Enfermagem.

Art. 12º. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

I – Gerente Operacional de Enfermagem:

a. Registro profissional no COREN-GO;

b. Certidão de Ética Profissional;

c. Experiência profissional comprovada;



d. Possuir especialização em Administração Hospitalar.

II – Enfermeiro Supervisor:

- a. Registro profissional no COREN-GO;
- b. Possuir Certidão de Ética Profissional;
- c. Experiência profissional comprovada na área de supervisão; Capacidade de liderança.

III - Enfermeiro Chefe de Unidade:

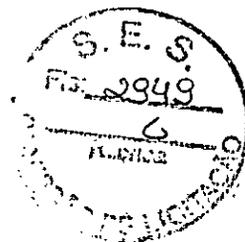
- a. Possuir registro profissional no COREN-GO;
- b. Estar quite com o Órgão de Classe;
- c. Conhecimento específico para chefia da unidade (Centro Cirúrgico, CME, UTI etc.).

IV. Enfermeiro do CCIH:

- a. Registro profissional no COREN-GO;
- b. Estar em dia com as anuidades do mesmo;
- c. Experiência profissional mínima de dois anos como Enfermeiro de área hospitalar.

V. Técnico de Enfermagem:

- a. Registro profissional no COREN-GO;
- b. Certidão Negativa;
- c. Perfil para trabalhar em equipe;



d. Experiência profissional de seis meses.

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13º. São atribuições do pessoal:

I. Gerente Operacional de Enfermagem:

- a. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem;
- b. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

II - Enfermeiro Supervisor :

- a. Supervisionar e administrar o Serviço de Enfermagem das unidades de internação sob sua competência.

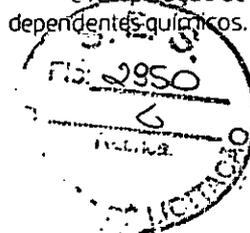
III. Enfermeiro Chefe de Unidade:

- a. Distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;
- b. Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço do pessoal de enfermagem sob sua supervisão;
- c. Planejar os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.

IV - Enfermeiro do CCIH:

- a. Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- b. Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;





c. Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades.

V. Técnico de Enfermagem:

- a. Prestar assistência de Enfermagem de maior complexidade;
- b. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- c. Prestar os cuidados de Enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades;
- d. Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de Enfermagem;
- e. Registrar e assinar os procedimentos executados;
- f. Zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade;
- g. Encaminhar ao expurgo todo o material usado.

CAPÍTULO VII - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 14º. O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

I. Horário Diurno: ,

- a. 7h às 13 horas e das 13 às 19 horas;
- b. 14h às 20 horas;
- c. 16h às 22 horas.

II. Horário noturno:



- a. 19h às 7 horas em dias alternados;
- b. 20h às 00h00min;
- c. Conforme rotinas estabelecidas pela instituição.

III. Ambulatório:

- a. 7h às 19 horas (segunda a sábado);

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN.

Art. 16º. O pessoal de enfermagem ao ser admitido deve apresentar, além do registro profissional, Certidão de Ética Profissional do COREN.

Art. 17º. Anualmente o pessoal de enfermagem deve apresentar, ao Departamento de Pessoal, comprovante de quitação da anuidade.

Art. 18º. O pessoal de Enfermagem não poderá receber de pacientes ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art.19º. O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem.

Art.20º. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura.

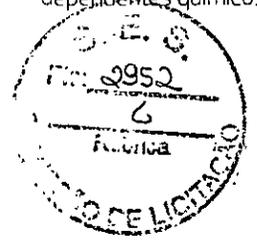
Goiânia,...de... de 21013

BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



Gerente Operacional de Enfermagem Diretor Técnico

COREN-GO: CRM:

62 3942 1300

ibgh.org.br

217

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiania, Goiás - 74.810-030

**3.1.2.4. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO MULTIPROFISSIONAL****CAPÍTULO I****DA FINALIDADE**

Art 1 O Corpo de Atenção Multiprofissional é um órgão de cooperação dos PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL, com a finalidade de deliberar sobre os padrões ideais de atendimento interdisciplinar, visando preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, analisar e corrigir os protocolos de atendimento multiprofissional.

CAPÍTULO II**DA ORGANIZAÇÃO E DA COMPOSIÇÃO**

Art 2 O Corpo de Atenção Multiprofissional tem a seguinte estrutura:

Serviço de Fisioterapia;

Nutrição

Serviço de Terapia Ocupacional;

Odontologia

Serviço de Psicologia;

Serviço Social;

Art 3 O Corpo de Atenção Multiprofissional será dirigido por um Presidente, de livre escolha, entre seus membros.

Art 4 O mandato do Presidente é por tempo indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros.

CAPÍTULO III**DA COMPETÊNCIA**

Art 5 Ao Corpo de Atenção Multiprofissional compete, elaborar, implementar, manter e avaliar os protocolos interdisciplinares de assistência à saúde, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativa a:

Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a melhor recuperação dos usuários;

Handwritten signature/initials



Capacitação do quadro dos profissionais da instituição, no que diz respeito à prescrição e utilização de novos métodos terapêuticos relacionados à assistência à saúde;

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações de relevância para o aperfeiçoamento dos métodos terapêuticos contidas nos prontuários, visando o sistematização, compilação, validação, institucionalização e divulgação do método terapêutico;

Realizar investigação estatística de casos de interesse institucional e social.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art 6 Serão atribuições dos membros da CCIH, a saber:

Do Presidente:

Presidir e coordenar os trabalhos do Corpo de Atenção Multiprofissional;

Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;

Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

Cumprir e fazer cumprir as decisões do Corpo de Atenção Multiprofissional.

CAPÍTULO V

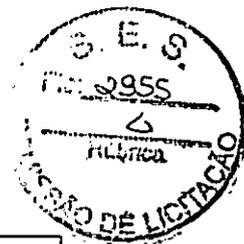
DAS REUNIÕES

Art. 7 O Corpo de Atenção Multiprofissional do hospital deverá reunir-se ordinariamente de acordo com cronograma anual ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente, com antecedência mínima de três dias.

Art. 8 Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes.

Art. 9 Este Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação pela Diretoria da Unidade.

Handwritten signature or initials, possibly 'B34'.



CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

O cronograma regulamenta as reuniões ordinárias:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
ATIVIDADES	Mês s 1	Mês s 2	Mês s 3	Mês s 4	Mês s 5	Mês s 6	Mês s 7	Mês s 8	Mês s 9	Mês s 10	Mês s 11	Mês s 12
criação da COMISSÃO E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO	X											
REUNIÃO DE PLANEJAME NTO ANUAL	X											
REUNIÕES ORDINÁRIAS		X		X		X		X		X		X
APRESENTA ÇÃO DE RELATÓRIOS A ALTA DIREÇÃO		X		X		X		X		X		X





3.1.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO SOCIAL

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO SOCIAL

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES OU OBJETIVOS

Art.1º. O Serviço Social é regulamentado pela Lei 8.662 de 7 de Junho de 1993, Lei 12.317 de 20 de Agosto de 2010 e Resolução do Conselho Federal do Serviço Social – CFESS 594 de 21 de Janeiro de 2012 e tem por finalidade:

- I. Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- II. Garantir plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios do Código de Ética do profissional do Serviço Social;
- III. Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;
- IV. Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários no sentido de que estes possam usa-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- V. Informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma da sistematização dos dados obtidos;



VI. Fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;

VII. Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;

VIII. Esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO

Art. 2º. O Serviço Social do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CRESS-GO, com qualificações pertinentes e autonomia profissional.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO: (ESTRUTURA ADMINISTRATIVA)

Art. 3º - O quadro funcional do Serviço Social está assim definido:

- I. Coordenador do Serviço Social;
- II. Assistentes Sociais;

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - A Instituição mantém o Serviço Social para atendimento dos usuários, acompanhantes e familiares, referentes aos pacientes que se encontrem nas seguintes unidades:

- I. Unidades de Internação;
- II. Unidades de Terapia Intensiva;



III. Unidade de Emergência;

IV. Unidade Ambulatorial;

VII. Unidade de Queimados;

Art. 5º. À Coordenação do Serviço Social compete:

I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar meios que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de assistentes sociais visando atender às necessidades do Hospital, do próprio serviço e satisfazer às necessidades dos usuários, acompanhantes e familiares que estiverem sob seus cuidados;

II. Promover o desenvolvimento da equipe de assistentes sociais através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar os profissionais do serviço social a prestarem um atendimento adequado aos seus clientes além de promover a atualização desses profissionais;

III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência do serviço social prestado aos usuários, acompanhantes e familiares.

Art. 6º - À Assistente Social compete:

I. Assistir aos usuários, acompanhantes e familiares conforme definido no Art. 1º, atendendo-os nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua avaliação e disponibilidade de recursos do hospital;

II. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente e o relacionamento com acompanhantes e familiares;



III. Manter a área designada pelo hospitalar para atendimento dos usuários, acompanhantes e familiares em ordem e adequada ao atendimento digno dos clientes do serviço social da unidade.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 7º. Para o exercício da atividade de assistente social no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 deverá ser observado o disposto na legislação em vigor, além do registro no CRESS - GO – Conselho Regional do Serviço Social de Goiás.

I. A Diretoria Técnica definirá, em conjunto com a Coordenação do Serviço as demais qualificações requeridas para o exercício das funções de assistente social.

Art. 8º. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- a. Registro profissional no CRESS-GO;
- b. Certidão de Ética Profissional;
- c. Experiência profissional comprovada;

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º. São atribuições dos profissionais do Serviço Social:

I. Coordenador do Serviço Social:

- a. Organizar e gerenciar o Serviço Social e implementar a sistematização da assistência social;
- b. Administrar os recursos de infra estrutura disponíveis ao Serviço Social de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

**II – Assistente Social :**

- a. Executar o atendimento aos usuários, acompanhantes e familiares, conforme os princípios éticos e humanitários, em especial, observando o PNH do SUS.
- b. Manter pasta atualizada das rotinas do serviço social.
- c. Prestar assistência à Enfermagem quando solicitado;
- d. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- e. Prestar os cuidados de assistência social prescritos aos usuários, acompanhantes e familiares de acordo com as suas necessidades;
- f. Registrar e assinar os procedimentos executados.

CAPÍTULO VII - DO HORÁRIO DE TRABALHO

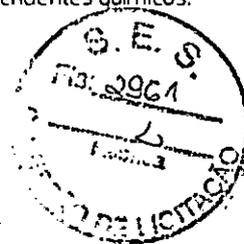
Art. 10º. O Serviço Social do HUGO 2 funcionará conforme as leis trabalhistas vigentes, através de profissionais assistentes sociais devidamente contratados, 24 horas, 7 dias por semana.

Art. 11º. A Coordenação do Serviço Social funcionará de 2ª a 6ª feira das 7h às 17h e sábado das 7h às 12h.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, conforme as diretrizes do HUGO 2.

Art. 13º. Os profissionais da assistência social ao serem admitidos devem apresentar, além do registro profissional, Certidão de Ética Profissional do CRESS-GO.



Art. 14º. Anualmente o pessoal de assistência social deve apresentar ao Departamento de Pessoal comprovante de quitação da anuidade do CRESS-GO.

Art. 15º. O pessoal da assistência social não poderá receber de pacientes, acompanhantes ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art.16º. O presente Regimento do Serviço de Assistência Social está embasado na Lei nº 8.662 de 7 de Junho de 1993 e Lei 12.317 de 26 de Agosto de 2010 e Resolução CFESS 594 de 21 de Janeiro de 2012.

Art.20º. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura.

Goiânia,.....de..... de 2014.

Diretor Técnico



3.1.2.6. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Art.1º. O Serviço de Psicologia do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 é regulamentado pela Lei 5.766 de Dezembro de 1971 e Lei 79.822 de 17 de Junho de 1977, pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Conselho Regional de Psicologia de Goiás e Tocantins – CRP 09, e tem por finalidade:

I. Atuar na promoção e restauração da saúde mental, numa perspectiva biopsicossocial e espiritual do paciente, acompanhantes e familiares que buscam os serviços de saúde do HUGO 2.

II. Assistência psicológica aos pacientes;

III. Reabilitação psicossocial dos pacientes;

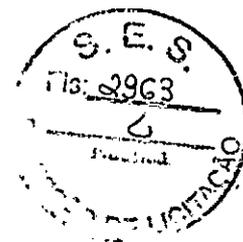
IV. Orientação e suporte emocional aos familiares;

V. Assistência à equipe de saúde numa perspectiva interdisciplinar;

VI. Considerar o processo de hospitalização como um conjunto de fatores que impactam de forma significativa na vida do paciente e de seus familiares;

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO

Art. 2º. O Serviço de Psicologia do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CRP-09, com qualificações pertinentes e autonomia profissional.

**CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

Art. 3º - O quadro funcional do Serviço de Psicologia está assim definido:

I. Coordenador do Serviço de Psicologia;

II. Psicólogos;

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - A Instituição mantém o Serviço de Psicologia para atendimento dos usuários e seus familiares, referentes aos pacientes que se encontrem nas seguintes unidades:

I. Unidades de Internação;

II. Unidades de Terapia Intensiva;

III. Unidade de Emergência;

IV. Unidade Ambulatorial;

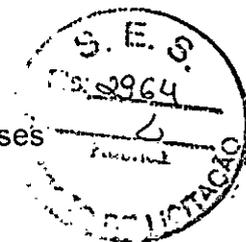
VII. Unidade de Queimados;

Art. 5º. À Coordenação do Serviço de Psicologia compete:

I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar meios que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de psicólogos visando atender às necessidades do Hospital, do próprio serviço e satisfazer às necessidades dos usuários, e familiares que estiverem sob seus cuidados;

II. Promover o desenvolvimento da equipe de psicólogos através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar os profissionais do serviço de psicologia a prestarem um atendimento





adequado aos seus clientes, além de promover a atualização desses profissionais;

III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência do serviço de psicologia prestado aos usuários, e familiares.

Art. 6º - Ao psicólogo compete:

I. Assistir aos usuários e familiares conforme definido no Art. 1º, atendendo-os nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua avaliação e disponibilidade de recursos do hospital;

II. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente e o relacionamento com familiares;

III. Manter a área designada pelo hospitalar para atendimento dos usuários, acompanhantes e familiares em ordem e adequada ao atendimento digno dos clientes do serviço de psicologia da unidade.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 7º. Para o exercício da atividade de psicólogo no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 deverá ser observado o disposto na legislação em vigor, além do registro no CRP - 09 – Conselho Regional de Psicologia de Goiás e Tocantins.

I. A Diretoria Técnica definirá, em conjunto com a Coordenação do Serviço de Psicologia as demais qualificações requeridas para o exercício das funções de psicólogo no HUGO 2.

Art. 8º. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

a. Registro profissional no CRP - 09;



- b. Certidão de Ética Profissional;
- c. Experiência profissional comprovada;

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º. São atribuições dos profissionais do Serviço de Psicologia:

I. Coordenador do Serviço de Psicologia:

- a. Organizar e gerenciar o Serviço de Psicologia e implementar a sistematização da assistência psicológica;
- b. Administrar os recursos de infra estrutura disponíveis ao Serviço de Psicologia de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

II – Psicólogo:

- a. Executar o atendimento aos usuários, acompanhantes e familiares, conforme os princípios éticos e humanitários, em especial, observando o PNH do SUS.
- b. Manter pasta atualizada das rotinas do serviço de psicologia.
- c. Prestar assistência à Enfermagem quando solicitado;
- d. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- e. Prestar os cuidados de assistência psicológica prescritos aos usuários e familiares de acordo com as suas necessidades;
- f. Registrar e assinar os procedimentos executados.

**CAPÍTULO VII - DO HORÁRIO DE TRABALHO**

Art. 10º. O Serviço de Psicologia do HUGO 2 funcionará conforme as leis trabalhistas vigentes, através de profissionais devidamente contratados, das 7h às 17h de 2ª a 6ª feira, e das 8h às 12h aos sábados.

Art. 11º. A Coordenação do Serviço de Psicologia funcionará em horário idêntico ao dos psicólogos conforme o artigo anterior.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, conforme as diretrizes do HUGO 2.

Art. 13º. Os profissionais da assistência psicológica ao serem admitidos devem apresentar, além do registro profissional, Certidão de Ética Profissional do CRP

Art. 14º. Anualmente o pessoal de assistência psicológica deve apresentar ao Departamento de Pessoal comprovante de quitação da anuidade do CRP - 09.

Art. 15º. Os profissionais da assistência psicológica não poderão receber de pacientes ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

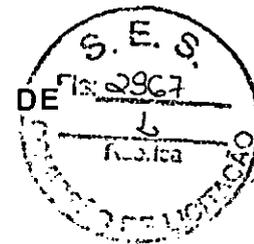
Art.16º. O presente Regimento do Serviço de Psicologia do HUGO 2 está embasado Lei 5.766 de Dezembro de 1971 e Lei 79.822 de 17 de Junho de 1977, pelas resoluções do Conselho Federal de Psicologia e pelo Conselho Regional de Psicologia de Goiás e Tocantins – CRP 09.

Art.20º. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura.

Goiânia,...de... de 21013

Diretor Técnico



3.1.2.7. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA**REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA****CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES**

Art.1º. O Serviço de Fisioterapia do Hospital de Urgências Governador Otavio Lage de Siqueira – HUGO 2 é regulamentado pela Lei 6.316 de 17 de Dezembro de 1975 e interpretação do Supremo Tribunal Federal – STF por ocasião do julgamento da ADIN 1717-A, que é composto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO e pelos os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs, tem por finalidade:

- I. Minimizar os efeitos da imobilidade no leito;
- II. Prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras;
- III. Promover a integração sensória motora e cognitiva;
- IV. Redução do período de internação hospitalar do paciente;
- V. Assistência à equipe de saúde numa perspectiva interdisciplinar;
- VI. Propiciar a higiene brônquica, a melhora da oxigenação e da mecânica respiratória;
- VII. Reversão do atrofismo muscular e consequente perda de força muscular;
- VIII. Estimular o sistema vestibular, auditivo, visual, tátil e proprioceptivo;

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO



Art. 2º. O Serviço de Fisioterapia do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CREFITO - GO, com qualificações pertinentes e autonomia profissional.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Art. 3º - O quadro funcional do Serviço de Fisioterapia está assim definido:

- I. Coordenador do Serviço de Fisioterapia;
- II. Fisioterapeuta;

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - A Instituição mantém o Serviço de Fisioterapia para atendimento aos usuários, referente aos pacientes que se encontrem nas seguintes unidades:

- I. Unidades de Internação;
- II. Unidades de Terapia Intensiva;
- III. Unidade Ambulatorial;
- IV. Unidade de Queimados;

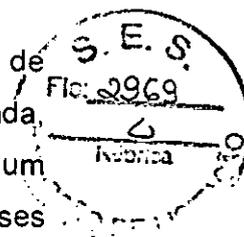
Art. 5º. À Coordenação do Serviço de Fisioterapia compete:

- I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar meios que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de fisioterapeutas visando atender às necessidades do Hospital, do próprio serviço e satisfazer às necessidades dos usuários que estiverem sob seus cuidados;

Handwritten signature and initials.



II. Promover o desenvolvimento da equipe de fisioterapeutas através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar os profissionais do serviço de fisioterapia a prestarem um atendimento adequado aos usuários, além de promover a atualização desses profissionais;



III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência do serviço de fisioterapia prestado aos usuários.

Art. 6º - Ao fisioterapeuta compete:

- I. Assistir aos usuários do HUGO 2 conforme definido no Art. 1º, atendendo-os nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua avaliação e disponibilidade de recursos do hospital;
- II. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente;

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 7º. Para o exercício da atividade de fisioterapeuta no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 deverá ser observado o disposto na legislação em vigor, além do registro no CREFITO – GO Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional de Goiás.

I. A Diretoria Técnica definirá, em conjunto com a Coordenação do Serviço de Fisioterapia as demais qualificações requeridas para o exercício das funções de fisioterapeuta no HUGO 2.

Art. 8º. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- a. Registro profissional no CREFITO - GO;
- b. Certidão de Ética Profissional;



c. Experiência profissional comprovada;

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º. São atribuições dos profissionais do Serviço de Fisioterapia:

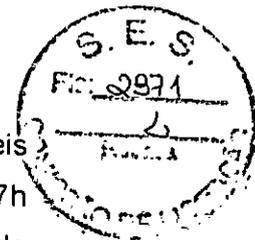
I. Coordenador do Serviço de Fisioterapia:

- a. Organizar e gerenciar o Serviço de Fisioterapia e implementar a sistematização da assistência fisioterapêutica;
- b. Administrar os recursos de infra estrutura e materiais e equipamentos disponíveis ao Serviço de Fisioterapia de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

II – Fisioterapeuta:

- a. Executar o atendimento aos usuários conforme os princípios éticos e humanitários, em especial, observando o PNH do SUS.
- b. Manter pasta atualizada das rotinas do serviço de fisioterapia.
- c. Prestar assistência à Enfermagem quando solicitado;
- d. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- e. Prestar os cuidados de assistência fisioterapêutica prescritos aos usuários de acordo com as suas necessidades;
- f. Registrar e assinar os procedimentos executados.

CAPÍTULO VII - DO HORÁRIO DE TRABALHO



Art. 10º. O Serviço de Fisioterapia do HUGO 2 funcionará conforme as leis trabalhistas vigentes, através de profissionais devidamente contratados, das 7h às 17h de 2ª a 6ª feira, e das 8h às 12h aos sábados para as unidades de internação. Nas UTIs e Unidade de Queimados o horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira das 7h às 22h e sábados das 7h às 18h.

Art. 11º. A Coordenação do Serviço de Fisioterapia funcionará em horário idêntico ao dos serviços de internação conforme discriminado no artigo anterior.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, conforme as diretrizes do HUGO 2.

Art. 13º. Os profissionais da assistência fisioterapêutica ao serem admitidos devem apresentar, além do registro profissional, Certidão de Ética Profissional do CREFITO - GO.

Art. 14º. Anualmente o pessoal de Fisioterapia deve apresentar ao Departamento de Pessoal comprovante de quitação da anuidade do CREFITO - GO.

Art. 15º. Os profissionais da assistência fisioterapêutica não poderão receber de pacientes ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art. 16º. O presente Regimento do Serviço de Fisioterapia do HUGO 2 está embasado na Lei 6.316 de 17 de Dezembro de 1975 e interpretação do Supremo Tribunal Federal – STF por ocasião do julgamento da ADIN 1717-A, e demais normas técnicas e regulamentos do Conselho Federal de Fisioterapia e



de Terapia Ocupacional – COFFITO e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia
e Terapia Ocupacional – CREFITOs.



Art.20º. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura.

Goiânia,...de... de 21013

Diretor Técnico

**3.1.2.8. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO
TERAPIA OCUPACIONAL****REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL****CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES**

Art.1º. O Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 é regulamentado pela Lei 6.316 de 17 de Dezembro de 1975 e interpretação do Supremo Tribunal Federal – STF por ocasião do julgamento da ADIN 1717-A, que é composto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO e pelos os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs, tem por finalidade:

- I. Reabilitar pacientes para as atividades que deixaram de fazer devido a algum problema;
- II. Participar da organização e adaptação do domicílio do paciente para facilitar o trânsito do paciente;
- III. Promover medidas preventivas para impedir o aparecimento de deformidades nos braços dos pacientes através de exercícios;
- IV. Apoiar ou confeccionar órteses sob medida para posicionar partes do corpo;
- V. Assistência à equipe de saúde numa perspectiva interdisciplinar;

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO

Art. 2º. O Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2 está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados no CREFITO - GO, com qualificações pertinentes e autonomia profissional.

**CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

Art. 3º - O quadro funcional do Serviço de Terapia Ocupacional está assim definido:

- I. Coordenador do Serviço de Terapia Ocupacional;
- II. Terapeuta Ocupacional;

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º - A Instituição mantém o Serviço de Terapia Ocupacional para atendimento aos usuários, referente aos pacientes que se encontrem nas seguintes unidades:

- I. Unidades de Internação;
- II. Unidades de Terapia Intensiva;
- III. Unidade Ambulatorial;
- IV. Unidade de Queimados;

Art. 5º. À Coordenação do Serviço de Terapia Ocupacional compete:

- I. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar meios que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de terapeutas ocupacionais visando atender às necessidades do Hospital, do próprio serviço e satisfazer às necessidades dos usuários que estiverem sob seus cuidados;
- II. Promover o desenvolvimento da equipe de terapeutas ocupacionais através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, visando preparar os profissionais do serviço de terapia ocupacional a



prestarem um atendimento adequado aos usuários, além de promover a atualização desses profissionais;

III. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência do serviço de Terapia Ocupacional prestado aos usuários.

Art. 6º - Ao Terapeuta Ocupacional compete:

I. Assistir aos usuários do HUGO 2 conforme definido no Art. 1º, atendendo-os nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua avaliação e disponibilidade de recursos do hospital;

II. Colaborar com a equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente;

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 7º. Para o exercício da atividade de terapeuta ocupacional no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 deverá ser observado o disposto na legislação em vigor, além do registro no CREFITO – GO Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional de Goiás.

I. A Diretoria Técnica definirá, em conjunto com a Coordenação do Serviço de Terapia Ocupacional as demais qualificações requeridas para o exercício das funções de terapeuta ocupacional no HUGO 2.

Art. 8º. Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- a. Registro profissional no CREFITO - GO;
- b. Certidão de Ética Profissional;
- c. Experiência profissional comprovada;

CAPÍTULO VI - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES





Art. 9º. São atribuições dos profissionais do Serviço de Terapia Ocupacional:

I. Coordenador do Serviço de Terapia Ocupacional:

- a. Organizar e gerenciar o Serviço de Terapia Ocupacional e implementar a sistematização da assistência terapêutica ocupacional ;
- b. Administrar os recursos de infra estrutura e materiais e equipamentos disponíveis ao Serviço de Terapia Ocupacional de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

II – Terapeuta Ocupacional:

- a. Executar o atendimento aos usuários conforme os princípios éticos e humanitários, em especial, observando o PNH do SUS.
- b. Manter pasta atualizada das rotinas do serviço de Terapia Ocupacional.
- c. Prestar assistência à Enfermagem quando solicitado;
- d. Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- e. Prestar os cuidados de assistência terapêutica ocupacional prescritos aos usuários de acordo com as suas necessidades;
- f. Registrar e assinar os procedimentos executados.

CAPÍTULO VII - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 10º. O Serviço de Terapia Ocupacional do HUGO 2 funcionará conforme as leis trabalhistas vigentes, através de profissionais devidamente contratados, das 7h às 17h de 2ª a 6ª feira e das 8h às 12h aos sábados.



Art. 11º. A Coordenação do Serviço de Terapia Ocupacional funcionará em horário idêntico ao dos serviços de internação conforme discriminado no artigo anterior.



CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, conforme as diretrizes do HUGO 2.

Art. 13º. Os profissionais da assistência terapêutica ocupacional ao serem admitidos devem apresentar, além do registro profissional, Certidão de Ética Profissional do CREFITO - GO.

Art. 14º. Anualmente o pessoal de Terapia Ocupacional deve apresentar ao Departamento de Pessoal comprovante de quitação da anuidade do CREFITO - GO.

Art. 15º. Os profissionais da assistência terapêutica ocupacional não poderão receber de pacientes ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

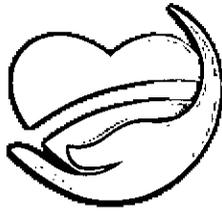
Art.16º. O presente Regimento do Serviço de Terapia Ocupacional do HUGO 2 está embasado na Lei 6.316 de 17 de Dezembro de 1975 e interpretação do Supremo Tribunal Federal – STF por ocasião do julgamento da ADIN 1717-A, e demais normas técnicas e regulamentos do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOs.

Art.20º. Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura. Goiânia, ...de... de 21013

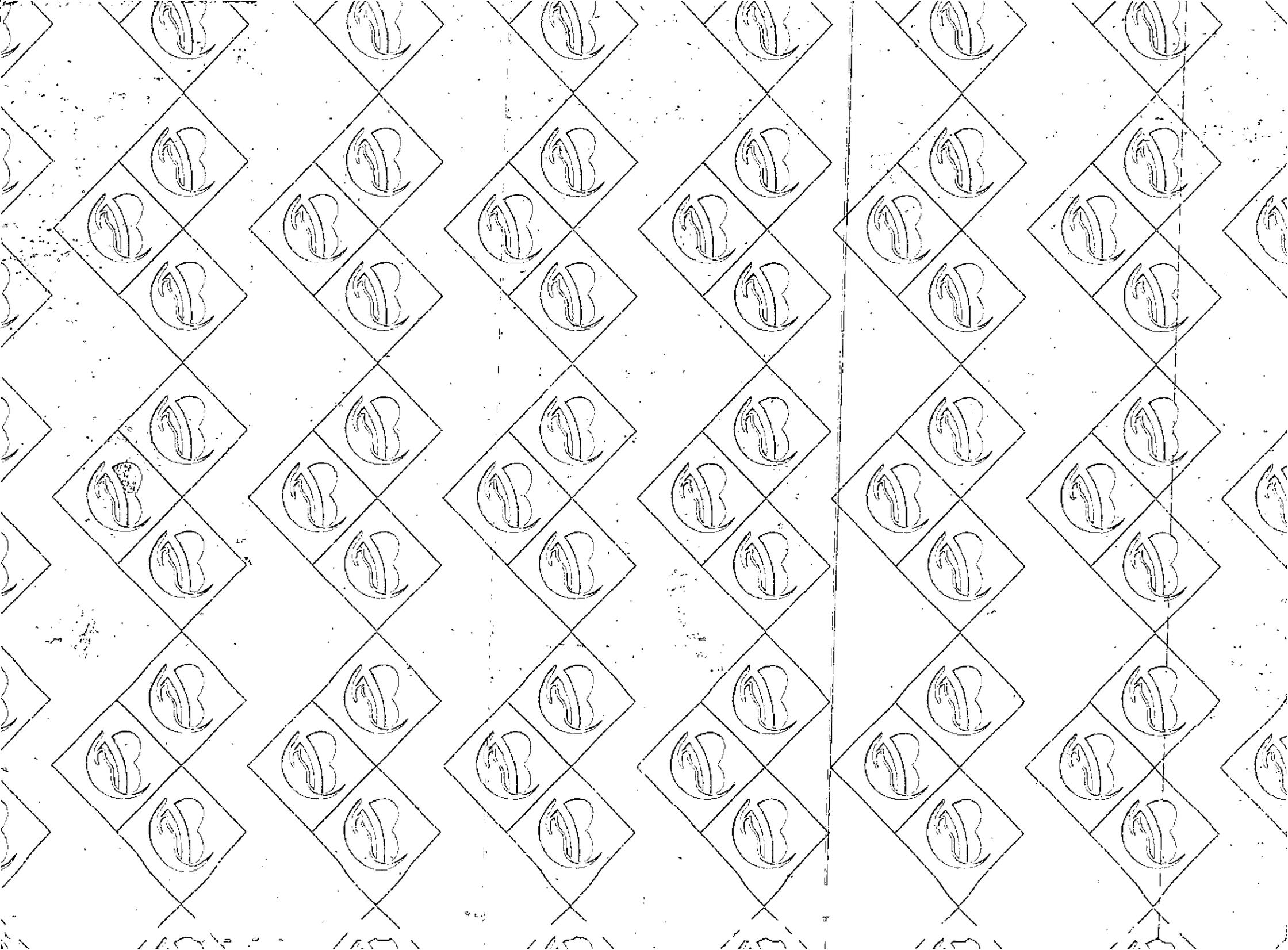
Diretor Técnico



2348
1



IBGH
Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar



BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



VOLUME II

(Páginas de 0243 a 0464)

[Faint, illegible text]

[Handwritten signature]

62 3942 1300

ibgh.org.br

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030



3.1.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

3.1.3.1. ROTINAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS

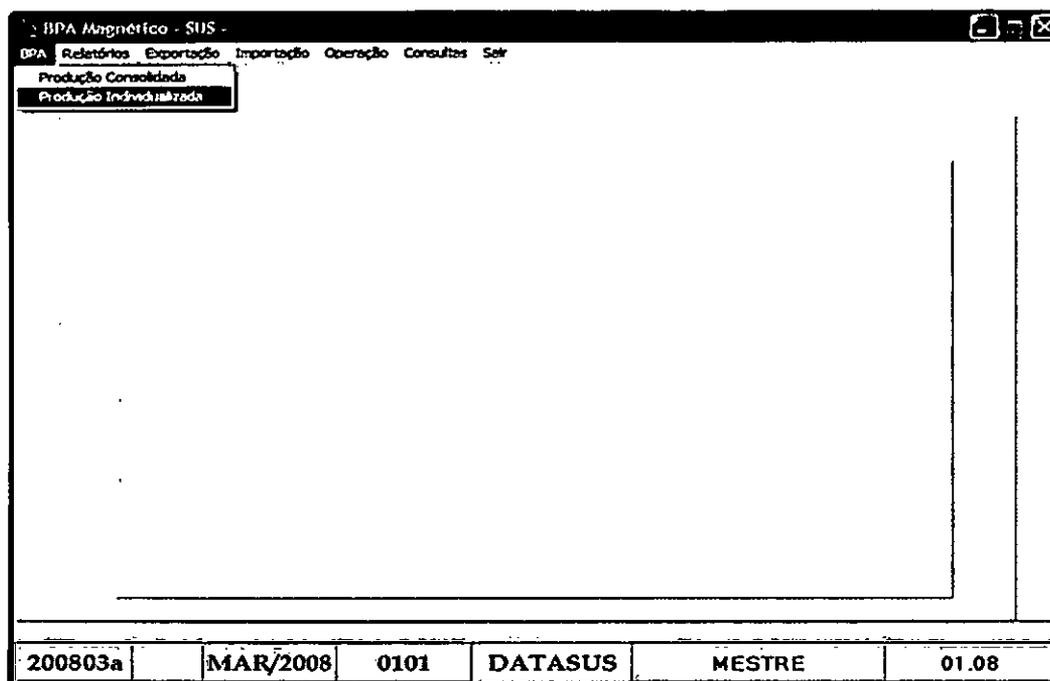
Esta proposta define as instruções para faturamento de procedimentos do SUS no HUGO 2, as quais deverão ser seguidas pelos colaboradores encarregados do faturamento.

- Efetuar o faturamento dos procedimentos de saúde junto ao SUS, conforme cronograma definido;
- Acompanhar a legislação, normas e regulamentos pertinentes ao faturamento de procedimentos do SUS para constante atualizações dos procedimentos;
- Emitir relatórios gerenciais e estatísticos para o chefe do setor acerca dos faturamentos a cada período de 30 dias;
- Definir com a contabilidade e o financeiro os processos e cronograma para realização de conciliações entre o faturamento e o recebimento dos procedimentos.

**1 - INSTRUÇÕES PARA FATURAMENTO SUS (DATASUS MÓDULO BPA)**

Tela 01

Clique com o mouse, selecionando Produção Individualizada.



O Modulo BPA – Produção é dividido em Consolidado e Individualizado, selecione a opção Produção Individualizada e clique com o mouse, em seguida surgirá a tela:



Tela 02:

CNES	Comp.	CNS Profissional	CBO	Folha

Inclusão Saída

ENTER-Alteração DEL-Exclusão INS-Inclusão ESC-Saída...

200803a	MAR/2008	0101	DATASUS	MESTRE	01.08
---------	----------	------	---------	--------	-------

Clique com o mouse para incluir produção

Assim como no BPA Consolidado, o Individualizado pode ser Incluído, alterado ou excluído.



A seguir, Tela 03:

Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada - BPA-I

CNES CNS Profissional CBO Mês/Ano Folha

 /

Seq	CNS Usuário	Nome	Dt.Nasc	Sexo	Munic. R.
1					
2					
3					
4					
5					
6					

F4 - Grava ESC - Sai

Informar o código CNES da unidade, Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional que autorizou o deslocamento, CBO deste profissional, competência e folha da produção..

Atenção: O preenchimento dos campos são obrigatórios.



Tela 04:

Cadastre Linha de Produção Individualizada

SEQUENCIA: 1

Usuário

CNS:

Nome:

Dt. Nasc.:

Sexo: (M/F) Raça/Cor:

Município de Residência:

Procedimento

Dt. Atendimento:

Código:

Quantidade:

CID:

Caráter Atend.:

Nº de Autorização:

ESC - Cancela / Retorna: OK

Para cada linha digitada na folha, o sistema apresenta a tela retro para o registro da informação do procedimento de forma individualizada. Incluir os dados do usuário e procedimento.

Digitar os seguintes dados:



- Paciente;
- Nome, Data de Nascimento, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência;
- Acompanhante;
- Nome do Acompanhante, Data de Nascimento, Sexo, Raça/Cor e Município de Residência;
- Procedimento;
- Data de Atendimento, Código do Procedimento, Quantidade, CID e Caráter do Atendimento.

O Procedimento pode requerer uma idade mínima ou máxima. A idade do paciente é calculada através da sua data de nascimento e a data de atendimento. Em caso de problema, o sistema informa.

O procedimento deve estar relacionado ao CBO, se o procedimento não for compatível com o CBO do profissional (informado na tela anterior) o sistema emite aviso.

O CID tem que ser relacionado ao procedimento, salvo procedimentos que se relacionam com qualquer CID, em caso de problema, o sistema emite um aviso.

Atenção: Para confirmar os dados deve-se acionar o botão "OK", ou para cancelar teclar ESC.

3.1.3.2. ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

CONTROLE DE CAIXA DO SETOR FINANCEIRO

- a. Efetuar o controle de recebimentos e pagamentos de acordo com os procedimentos administrativos;
- b. Controlar conta corrente e poupanças, diariamente;
- c. Efetuar os depósitos bancários;



- d. Emitir recibos e empenhos dentro das disposições legais;
- e. Encerrar diariamente o movimento financeiro e remetê-lo à contabilidade com todos os documentos comprobatórios;
- f. Elaborar Relatório mensal de atividades do setor financeiro;
- g. Providenciar o pagamento de funcionários concernentes às despesas extraordinárias e mediante autorização da gerência e diretoria dos funcionários;
- h. Informar dotação orçamentária;
- i. Emitir cheques de pagamento.

CONTROLE FINANCEIRO

O departamento financeiro é responsável pela alocação dos recursos no HUGO 2, controlando e gerindo os recursos repassados ao HUGO 2 através da SES-GO e providenciando o pagamento de bens e serviços aos fornecedores do Hospital.

As funções primordiais da área financeira:

1. Mobilização de recursos;
2. Alocação de recursos no prazo adequado e para as áreas adequadas;
3. Fornecer informações para a Diretoria sobre os recursos financeiros disponíveis, a receber (futuros e em atraso), o contas a pagar e o fluxo de caixa para 60 dias;
4. Administração de riscos financeiros;
5. Liquidação de obrigações e realização de pagamentos;



6. Geração e divulgação de informação útil aos gestores para a tomada de decisão em tempo hábil: sobre os eventos passados (controle e histórico) e os eventos futuros previstos (fluxo de caixa).

7. Os controles financeiros serão executados através do sistema informatizado de gestão hospitalar, a ser adquirido pela SES-GO, já que, atualmente, todos os sistemas de gestão hospitalar contam com módulos específicos para a gestão financeira e de custos hospitalares.

8. O controle do caixa, do contas a pagar, do contas a receber e conciliação bancária já estão incorporados no sistema de gestão hospitalar.

IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS

A metodologia é a adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custo (PNGC). A metodologia adotada pelo PNGC, que é o sistema de custeio por absorção.

Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada.

A apuração é possível a partir da decomposição da organização em centros de custos.

Dessa forma, em se tratando de hospital, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, tais como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc.

Por exemplo, o setor de pediatria é responsável pelo atendimento de crianças. Para cumprir esta função é necessário contratar pessoal, adquirir equipamentos, materiais etc. para atender aos objetivos do departamento.

O sistema de custeio por absorção controla o custo por centros de custos, possibilitando comparar os custos estimados, com os valores orçados.



Conforme já dito, o sistema de custeio por absorção é considerado uma metodologia de custeio que apropria todos os custos ocorridos na produção de um bem ou serviço, ou seja, consideram-se os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis.

Os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos realizados, enquanto os custos indiretos são rateados de acordo com a necessidade da instituição.

O objetivo é confrontar os custos estimados dos serviços prestados bem como os desperdícios gerados pelo uso ineficiente dos recursos necessários para produzir o bem/serviço final.

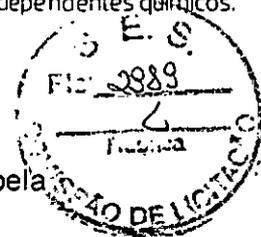
O custeio por absorção não fornece informações lapidadas, por isso é difícil identificar as causas dos custos de cada produto/serviço, o que pode levar os tomadores de decisões a considerarem os custos altos e a adotarem cortes dos custos indiretos de forma generalizada.

Assim, a informação financeira gerada pelo sistema de custeio por absorção não fornece aos tomadores de decisão uma visão clara da evolução dos custos em relação ao volume de produção das atividades.

Ainda assim, apesar das ressalvas quanto às dificuldades de utilização desta metodologia, ainda existem fortes razões para utilizá-la:

- Oferece maior confiança, pois apropria todos os custos aos produtos/serviços finais;
- Proporciona uma visão unitária para o custo total de cada serviço, já que todos os custos são absorvidos.

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de



maior interesse, seja pela relevância de despesas incorridas, seja pela produção ou importância estratégica/operacional na estrutura da instituição.

A inserção ou retirada de centros de custos poderá ser feita de acordo com os interesses da instituição.

Tal procedimento pode ser justificado, por exemplo, pela simples criação ou desativação de um serviço, ou mesmo para melhorar a identificação dos custos de uma atividade específica, até então agregada a outro centro de custos.

De tempos em tempos, a lista básica deverá sofrer revisões e as alterações necessárias.

Os centros de custos que desempenham atividades semelhantes devem ser consolidados em grupos visando apresentar os custos consolidados das atividades similares.

A seguir são apresentados os tipos de centro de custos, juntamente com os grupos de centro de custos adotados pelo PNGC, no âmbito do SUS.

Os exemplos podem variar de acordo com a especificidade e/ou interesse de cada instituição.

1 - CENTROS DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Centros de Custos relacionados com as atividades administrativas.

Reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção: assessoria e planejamento, diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de risco, gerência de custo, superintendência, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e tesouraria;



1.1 - GRUPO INFORMÁTICA

Reúne os centros de custos relacionados às atividades de Informática: apoio a clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção;

1.2 - GRUPO CONDOMÍNIO

Reúne os centros de custos relacionados com a infra-estrutura: segurança, telefonia, coleta de resíduos, elevadores e transportes;

1.3 - GRUPO SUPRIMENTO

Reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos: almoxarifado, compras, farmácia, quimioterapia, nutrição parenteral e gases medicinais;

1.4 - GRUPO ENGENHARIA E MANUTENÇÃO

Reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção: caldeira, engenharia civil e infraestrutura e manutenção.

1.5 - GRUPO FINANÇAS

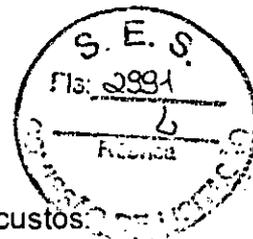
Reúne os centros de custos da área financeira.

1.6. - GRUPO RECURSOS HUMANOS

Reúne os centros de custos relacionados à gestão de pessoas;

2 - CENTROS DE CUSTOS APOIO À ASSISTÊNCIA

Reúne todos os centros de custos que prestam apoio assistencial: fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia.



3 - CENTROS DE CUSTOS APOIO GERAL

Reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos central de material esterilizado-CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura.

4 - CENTROS DE CUSTOS DE ENSINO

Reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de ensino: residência médica.

5 - CENTROS DE CUSTOS COMISSÕES TÉCNICAS

Reúne todas as comissões técnicas: infecção hospitalar, ética, óbito e outras;

6 - CENTROS DE CUSTOS NUTRIÇÃO

Reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta: lactário, dietas enterais/parenterais, nutrição dietética.

7 - CENTRO DE CUSTO SAME

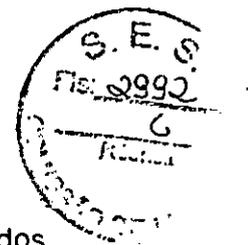
Reúne os centros de custos relacionados à atividade de arquivo médico e estatística/internação.

8 - CENTROS DE CUSTOS FINAIS (PRODUTIVOS)

Centros de Custos que desenvolvem atividades diretamente relacionadas com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes e que recebem como contra partida uma remuneração pelos serviços prestados.

8.1 - GRUPO AMBULATORIO

Reúne os centros de custos ambulatoriais gerais e de especialidades (médicas e não médicas).



8.2 - GRUPO INTERNAÇÃO

Reúne todas as unidades de internação: cirúrgica, médica, queimados, pediátrica, ortopédica, uti adulto e uti pediátrica.

8.3 - GRUPO PRONTO ATENDIMENTO

Reúne os centros de custos relacionados ao atendimento de urgência e emergência.

8.4 - GRUPO CENTRO CIRÚRGICO

Reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades no centro cirúrgico: anestesia, centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica;

8.5 - GRUPO IMAGENOLOGIA

Reúne os centros de custos relacionados à área de Imagenologia: eco cardiograma, radiologia hospitalar e ambulatorial, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

8.6 - GRUPO LABORATÓRIO

Reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório: laboratório de especialidades, análises clínicas e anatomia patológica;

8.7 - GRUPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Reúne centros de custos com atividades relacionadas a exames e/ou tratamentos com alto grau de complexidade e especialização: hemodiálise, ergometria, exames de laboratório, agência transfusional, vector cardiograma.



8.9 - GRUPO UTI

Reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades de internação intensiva e semi-intensiva: adulto e pediátrica.

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos.

No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos.

O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Quatro tipos de custos precisam ser identificados:

- Pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;
- Material direto: incorporados diretamente ao serviço;
- Overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado;
- Custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis **diretamente dedicados à produção do centro de custos.**

Para realizar esta alocação é preciso definir um critério de alocação (rateio).

A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

- 1.acumular os gastos diretos para cada centro de custos, e;
- 2.determinar as bases de alocação dos gastos indiretos.



Os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bem estruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos.

Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento de como estes são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais.

A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento.

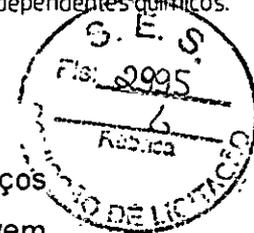
Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos e variáveis, para possibilitar permitir a alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, destaca-se a metodologia denominada de Alocação Recíproca.

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados.

Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio.

Sua grande vantagem é que não há variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma sequência dos centros não-produtivos para alocar os gastos indiretos.



Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos, ou seja, os departamentos devem ser relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não-produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS

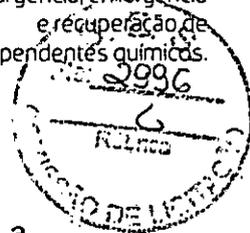
Para implantar um sistema de custos em instituições de saúde, precisa-se, em síntese, considerar os diversos setores internos como empresas que prestam serviços umas as outras, de acordo com a atividade de produção exercida.

A implantação de custos pode ser caracterizada como a sistematização da distribuição dos gastos desde os setores administrativos e intermediários, até os finais/produtivos.

Ou seja, como o objetivo principal da instituição é o atendimento aos pacientes, é natural que todos os custos gerados nos centros de custos administrativos e intermediários sejam distribuídos aos finais, seguindo determinados critérios de alocação (rateio).

Considera-se que a operacionalização do sistema de custos e os resultados estarão concentrados nos níveis táticos (gerências) e operacionais (chefias). É extremamente relevante a sensibilização do nível estratégico da organização, haja vista que o sucesso de sua implementação estará condicionado ao envolvimento do corpo diretivo no processo.

A presente etapa consiste na disseminação dos aspectos conceituais e práticos da gestão de custos na instituição, para ressaltar sua importância, apresentar os responsáveis e esclarecer as responsabilidades de todos neste processo.



A etapa seguinte é a institucionalização do serviço em que são definidas a posição do departamento de custos na estrutura organizacional da instituição e o responsável por conduzir as atividades e suas atribuições. Faz-se necessária, nesse momento, além da delegação de responsabilidades para a implementação do serviço, a delegação da autoridade para executá-lo.

Deverá estar de acordo com as necessidades de operação e controle pretendidos pela instituição. O processo de dividir a instituição em centros de custos é para facilitar e identificar melhor os custos incorridos e sua respectiva aplicação. Não há necessidade de os centros de custos acompanharem a estrutura formal da instituição (organograma). Às vezes é necessário agrupar ou até mesmo separar determinados setores para melhor apuração de custos.

PESSOAL

Itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isto é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, pró-labore, residentes, docentes e plantonistas. Os valores provisionáveis, como férias, licenças, e 13º salário proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em que ocorrer o efetivo pagamento do 13º salário ou usufruto dos períodos de férias e licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeito de custos do período, já que foram incluídos em períodos anteriores como provisão.

SERVIÇOS DE TERCEIROS

Corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc.



MATERIAIS DE CONSUMO

Produtos que podem ser classificados como: artigos de expediente, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc.

DESPESAS GERAIS

Outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras juros de mora, taxas bancárias etc.

DEPRECIAÇÃO

Custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados da instituição máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações.

COLETA DE DADOS DE CUSTOS

Uma vez definidos os grupos de gastos e os centros de custos que serão objetos da implantação do sistema de custos, faz-se necessário definir os formulários de coleta de dados e mapear todo o processo de geração e consolidação dos dados que serão utilizados em cada centro de custos, para apuração dos custos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação objetivam manter os centros de custos atualizados, acompanhar constantemente as informações de custos geradas e os resultados esperados, além de acompanhar o funcionamento do sistema de custos.



O monitoramento proverá informações que serão utilizadas para a avaliação e visa melhorar o sistema de custos e subsidiar decisões gerenciais inteligentes.

ELABORAÇÃO DAS PLANILHAS DE CUSTOS

A planilha de custos tem por finalidade demonstrar e apresentar os custos médios unitários por centro de custos.

Esta rotina tem como objetivo facilitar o entendimento e a elaboração das planilhas finais de custos.

Para elaboração das planilhas será necessário:

a. Levantamento e alocação dos gastos: consiste no levantamento de gastos da instituição conforme os itens estipulados nos grupos de gastos. Estão geralmente localizados junto à administração da unidade e devem estar relacionados ao período efetivo da apuração de custos.

Exemplo: caso a unidade tenha realizado uma compra de oxigênio no último dia do mês, o valor lançado no sistema de custos não deve ser o da compra, mas sim o valor referente ao consumido no período.

b. Levantamento da produção: o levantamento da produção de cada centro de custos deverá ser realizado conforme a unidade de medida padronizada;

c. Cálculo do custo direto: consiste na soma dos custos diretos (pessoal, material de consumo e outros) atribuídos a cada centro de custos;

d. Lançamento dos dados nas planilhas auxiliares e finais:

d.1. calcula-se o custo direto do primeiro centro de custos do sistema (centro de custos administrativo);



d.2. esse custo direto tem que ser distribuído aos demais centros de custos como custo indireto, conforme critério de alocação adotado;

d.3. calcula-se o custo total do próximo centro de custo (soma do custo direto dele com o custo indireto que veio do administrativo). Esse novo custo total será rateado como custo indireto para o próximo centro de custos, até chegar nos centros de custos finais.

d.4. calcula-se os custos totais de cada centro de custo final (soma do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários).

d.5. cálculo do custo médio unitário: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos.

e. Conferência e fechamento das planilhas finais.

f. Análise, comparação e gerenciamento da informação referente aos custos finais de cada produto/serviço.

PLANILHAS DE CUSTOS

Como já demonstrado anteriormente, o primeiro passo consiste em lançar os custos diretos identificados nas planilhas auxiliares diretamente nos centros de custos de acordo com sua efetiva utilização.

Na planilha de custo deve ser destinado um local para lançamento dos custos indiretos que serão oriundos demais centros de custos, de acordo com os rateios definidos neste Manual. Estes valores devem ser calculados a partir de uma planilha de rateio, de acordo com cada critério, definidos e calculados sempre por meio de divisão proporcional, de acordo com as diversas informações de produção.



Em anexo encontra-se modelo de planilha de apuração de custos que poderá ser utilizado em instituições de saúde.

Embora não exista uma receita pronta que garanta o sucesso da implantação de um sistema de custos em instituições de saúde, é preciso, desde já, quebrar o paradigma de que só possível sua implantação após ter o apoio de um sistema informatizado, integrado com os sistemas corporativos da instituição.

Para apurar custos são necessários uma metodologia simples, boa vontade e muita persistência, pois, antes de qualquer coisa, este processo lida com pessoas e tem impactos na organização.

Aliados a essas etapas, encontram-se, também, como fatores estratégicos, a sensibilização dos gestores, dos profissionais de saúde e dos funcionários da instituição.

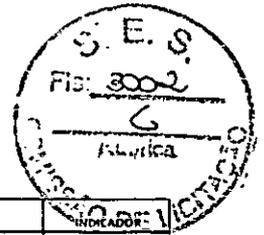
Podem-se identificar alguns pontos favoráveis com a implantação de sistema de custos:

- Definir o custo de implementar um novo serviço destinado à população;
- Analisar regionalmente o desempenho das instituições, otimizar o uso dos recursos públicos e, conseqüentemente, garantir maior acesso com custos menores;
- Melhorar a gestão dos recursos do teto orçamentário do setor público.
- Gerar indicadores para demonstrar experiências com êxito.
- Fortalecimento do SUS;
- Fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos;
- Importante ferramenta para credenciamento hospitalar;
- Ferramenta auxiliar para o planejamento da atenção à saúde;
- Ferramenta de apoio para controle da pactuação entre municípios;
- Identificar atividades que apenas consomem recursos e não agregam valor aos procedimentos/serviços;



- Estimar os valores finais de determinado procedimento/serviço;
- Preparar orçamento com base nos custos estimados;
- Comparar os custos estimados com outras instituições de saúde;
- Excelente ferramenta de planejamento de ações futuras e de novos projetos de investimentos.

Nas tabelas a seguir, exemplos da alocação de custos por centros de custos e o respectivos critérios de rateio.



TIPO	GRUPO	CENTRO DE CUSTOS	UNIDADE DE MEDIDA	CRITÉRIO DE RATEIO	INDICADOR
Administrativo	Informática	Desenvolvimento de Sistemas	Produção	(%) Produção	Custo médio
Administrativo	Informática	Suporte e Produção	Pontos	(%) Pontos	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Segurança	Hora vigilante	Centro de custos existente	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Telefonia (PABX)	Pulsos/minuto	Ramais por centro de custos	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Coleta de resíduos	R\$	utilização por centro de custo	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Elevadores	R\$	utilização por centro de custo	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Transporte	Km rodado	Km rodado	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Almoxarifado	Requisição	centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Compras	Processo de compras	centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Farmácia	Dispensação	centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Nutrição parenteral (farmácia)	Bolsa	produção	Custo médio
Administrativo	Engenharia e Manutenção	Gases medicinais	m ³ /cilindro de gás	(%) de consumo de gases medicinais/porcentagem (No de pontos e fluxômetros)	Custo médio
Administrativo	Engenharia e Manutenção	Cadeira	Hora trabalhada	por centro de custos ponderado	Custo médio
Administrativo	Engenharia e Manutenção	Engenharia clínica	Ordem de serviço	por centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Engenharia e Manutenção	Engenharia e Infra-estrutura	Ordem de serviço	por centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Engenharia e Manutenção	Manutenção	Ordem de serviço	por centro de custos demandante	Custo médio

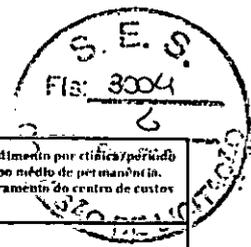
TIPO	GRUPO	CENTRO DE CUSTOS	UNIDADE DE MEDIDA	CRITÉRIO DE RATEIO	INDICADOR
Intermediário	Apoio à assistência	Fisioterapia	Atendimento	# Atendimentos	Custo Médio
Intermediário	Apoio à assistência	Psicologia	Atendimento	# Atendimentos	Custo Médio
Intermediário	Apoio à assistência	Serviço social	Atendimento	# Atendimentos	Custo Médio
Intermediário	Apoio à assistência	Fonoaudiologia	Atendimento	# Atendimentos	Custo Médio
Intermediário	Centro Cirúrgico	(Serviço de) anestesia	# anestésias	Quantidade anestesia/centro de custos demandante	Custo Médio
Intermediário	Centro Cirúrgico	Centro cirúrgico	Hora cirúrgica	# cirurgia por parte/ Centro de custos demandante	Custo Médio
Intermediário	Centro Cirúrgico	Recuperação Pós Anestésica (RPA)	Paciente RPA	# Cirurgia realizadas por centro de custos demandante	Custo Médio
Intermediário	Imagem	Densitometria óssea	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo Médio
Intermediário	Imagem	Ecocardiograma	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo Médio
Intermediário	Imagem	Radiologia (hospitalar e ambulatorial)	Frame	Exame/centro de custos solicitante	Custo Médio
Intermediário	Imagem	Tomografia computadorizada	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo Médio



Intermediário	Laboratório	Laboratório de Análises Clínicas (central/hospital/amb.)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Laboratório	Laboratório de anatomia patológica	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Métodos gráficos	eletrocardiograma	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Métodos gráficos	eletroencefalografia	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Cistoscopia (especialidades)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Ergometria - teste ergométrico, esteira	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Hemograma - exames, coleta, banco de Sangue, ag. transfusional	Coleta, análise, N.º bolsas	Bolsa/centros de custo solicitante	Custo médio

TIPO	GRUPO	CENTRO DE CUSTOS	UNIDADE DE MEDIDA	CRITÉRIO DE RATIO	INDICADOR
Intermediário	Procedimentos especiais	Unidade Cistoscopia Ginecologia	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	eletrocardiograma	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	UTI	UTI Adulto	Paciente/dia	Paciente/dia/centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	UTI pediátrica	Paciente/dia	Paciente/dia/centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	Apoio	Centro de materiais esterilizados	Pacote esterilizado/pacote esterilizado (peças/pacotes: grandes, médios ou pequenos)	Pacotes esterilizados/ centros de custos demandante	Custo pacote esterilizado (pequeno, médio, grande)

Intermediário	Apoio	Limpeza	M2/M2 por área ponderada (crítica, semi-crítica, não-crítica)	M2 limpo pela área do centro custos	Custo M2 limpo por área
Intermediário	Apoio	Rouparia e costura	Peças/ponderação	Peça confeccionada/restaurada	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Infeção hospitalar	# parecer	a ser definido	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Ética	# parecer	a ser definido	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Óbito	# parecer	a ser definido	Custo médio
Intermediário	Ensino	Residência médica	Aluno/ano	Residentes por centro de custos	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Serviço de dietas enterais	Dietas enterais	Dietas distribuídas	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Serviço de Nutrição e dietética (SND)	Refeição ponderada	Refeições/peso/dietas por centros de custos	Custo médio
Intermediário	Serviço	Arquivo médico e estatística/internação	Promissário solicitado	Solicitações por centros de custos demandante	Custo médio



Final	Ambulatório	Ambulatório geral e especialidades (Médicas / não médicas)	Atendimento	Nenhum	1. Custo médio de atendimento ambulatorial 2. Custo médio do atendimento/especialidade 3. Margem de contribuição	1. Atendimento por clínica/periódico 2. Tempo médio de permanência 3. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de Internação) clínica cirúrgica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custos meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) clínica ginecológica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custos meta 5. Faturamento do centro de custos

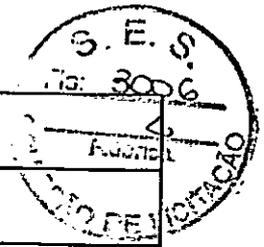
TIPO	GRUPO	CENTRO DE CUSTOS	UNIDADE DE MEDIDA	CRITÉRIO DE RATEIO	INDICADOR	DADOS ADICIONAIS
Final	Internação	(Unidade de Internação) clínica médica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custos meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) clínica cirúrgica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custos meta 5. Faturamento do centro de custos

TIPO	GRUPO	CENTRO DE CUSTOS	UNIDADE DE MEDIDA	CRITÉRIO DE RATEIO	INDICADOR	DADOS ADICIONAIS
Final	Internação	(Unidade de Internação) ortopedia	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custos meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Unidade de urgência e emergência	Pronto-socorro (emergência) adulto	Atendimento	Nenhum	1. Custo atendimento 2. Margem de contribuição	1. Atendimento/periódico 2. Tempo médio de permanência 3. Faturamento do centro de custos



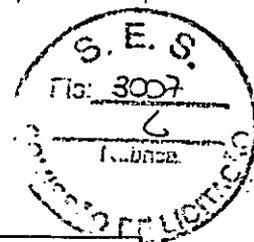
RELACIONAMENTOS PARA ALOCAÇÃO RECÍPROCA			
CENTRO DE CUSTOS			
TIPO	DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	RELACIONAMENTO
Administrativo	Direção	Rh por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Tesouraria	RH por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Pessoal	Pessoal por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Caldeira	Hora trabalhada	Todos os centros de custos
Administrativo	Farmácia	Requisição	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1,2 e 3 radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social
Administrativo	Transporte	Km rodado	Todos os centros de custos
Administrativo	Almoxarifado	Requisição	Todos os centros de custos
Administrativo	Manutenção	Hora trabalhada	Todos os centros de custos
Intermediário	Costura	Peças ponderadas	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1,2 e 3
Intermediário	CME	Pacote esterilizado ponderado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1,2 e 3 radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social
Intermediário	Same	Prontuário manuseado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1,2 e 3 radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social

Handwritten signature



CENTRO DE CUSTOS			
TIPO	DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	RELACIONAMENTO
Intermediário	Lavanderia	Roupa lavada	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3 radiologia, ultra-som, banco de leite farmácia, CME
Intermediário	Serviço de nutrição e dietética	Refeição ponderada	Todos os centros de custos
Intermediário	Serviço social	Atendimento realizado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite
Intermediário	Radiologia	Exames realizados	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social
Intermediário	Ultra-som	Exames realizados	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social
Intermediário	Banco de leite	Atendimento	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, serviço social
Intermediário	Centro cirúrgico	Hora cirúrgica	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social

Handwritten signature



CENTRO DE CUSTOS			
TIPO	DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	RELACIONAMENTO
Intermediário	Centro Obstétrico	Hora cirúrgica	Clínica obstétrica
Final	Ambulatório	.	.
Final	Enfermaria 1	.	.
Final	Enfermaria 2	.	.
Final	Enfermaria 3	.	.

3.1.3.3. GESTÃO DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

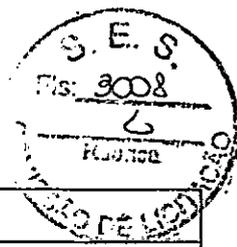
A qualificação e avaliação de fornecedores é fundamental para garantir a segurança dos processos e o cumprimento de prazos, metas e objetivos.

São várias as formas de avaliar os seus fornecedores, entretanto, de um modo geral os seguintes aspectos são obrigatórios: Custo, Qualidade, Pontualidade, Inovação, Flexibilidade, Produtividade, Instalações e Capacitação Gerencial e Financeira.

É importante utilizar um modelo de avaliação, que servirá de instrumento para a ponderação de cada quesito dentro da respectiva categoria.

Quando se aplica a avaliação o resultado é uma nota geral para determinado fornecedor, auxiliando assim na decisão da escolha do fornecedor.

Outras questões são a periodicidade de avaliação e o registro das intercorrências que ocorrerem, assegurando assim uma melhor segurança da continuidade de qualidade na integração com os fornecedores.



NORMAS DO ALMOXARIFADO

HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas	EO.1	
	Almoxarifado	Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		No:	Data:
<p>Horário de funcionamento da área/serviço</p> <p>O horário de funcionamento do Almoxarifado: segunda a sexta-feira das 07h às 17h – Almoço das 11:30h às 13:45h</p> <p>O horário de entrega de fornecedores no Almoxarifado: Segunda a sexta-feira das 08h às 16h</p>			
<p>Clientes da área/serviço</p> <p>Usuários Internos(todos os setores do hospital) e Fornecedores</p>			
<p>Normas</p> <p>O horário de liberação de material pelo Almoxarifado segue abaixo:</p> <p>Diretorias, seções e setores da área administrativa – entrega da “requisição de material” – de 2.^a a 6.^a, das 08h às 16h – com entrega imediata do material;</p> <p>Seções, setores e serviços assistenciais – a reposição de material será feita de 2.^a a 6.^a, das 08h às 16h, pelo funcionário do Almoxarifado.</p> <p>Não é permitida a entrada de pessoas estranhas nas dependências do Almoxarifado, sem a autorização prévia da Diretoria ou do responsável pelo Almoxarifado;</p> <p>Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem a respectiva requisição, devidamente assinada e carimbada pelo chefe do setor requisitante;</p> <p>A quantidade de material entregue pelo Almoxarifado deverá ser sempre igual ao que consta na “requisição de material”;</p> <p>Todo material recebido deverá ser armazenado por número de lote e data de validade;</p> <p>É de responsabilidade da chefia do Almoxarifado receber conferir toda mercadoria</p>			



entregue, conforme nota fiscal e o respectivo pedido e somente após a conferência de todos os itens, observando as especificações técnicas, assinará o recebimento;

Diariamente deverá ser feita a higienização e limpeza do ambiente do Almoarifado;

Mensalmente deverá ser feita a higienização e limpeza das prateleiras e armários do Almoarifado;

Mensalmente deverá ser feito o inventário do Almoarifado;

Todos os funcionários do Almoarifado devem zelar pela:

Facilidade de acesso aos itens disponíveis dentro do Almoarifado;

Otimização e organização do espaço físico;

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

Aprovação

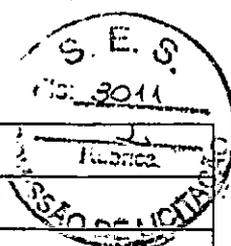
Assinatura
representante

do Data:



ROTINAS DO ALMOXARIFADO

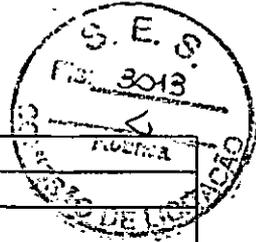
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almojarifado	POP.1
Rotina: Pedido de Suprimento		Emissão
		Revisão
		No: Data:
Executante		
Chefia do Almojarifado.		
Resultados esperados		
Evitar a falta de materiais no estoque do Almojarifado.		
Recursos Necessários		
Mesa, cadeira, calculadora, caneta e bloco de solicitação de compra.		
Atividades		
Calcular lote de reposição; Preencher o pedido de compra; Enviar para a administração; Acompanhar o processo para reposição de material no estoque.		
Cuidados		
Ter atenção na hora de verificar os produtos a serem solicitados evitando o desperdício; Ter atenção na hora de preencher o pedido de compra.		
Ações em caso de não conformidade		
Percebendo que houve um erro na conferência do estoque e/ou preenchimento da guia de solicitação de compra, solicita a devolução da mesma à administração e faz as correções necessárias.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoxarifado	POP.2	
		Emissão	
Rotina: Recebimento e armazenagem de material ou ativo fixo		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Auxiliar de Almoxarifado.			
Resultados esperados			
Agilidade no recebimento e armazenagem dos materiais e ativo fixo.			
Recursos Necessários			
Mesa, cadeira, fichas de controle de estoque, computador, impressora, estantes, armários e caneta.			
Atividades			
<p>Receber os materiais/ativo fixo com as respectivas notas fiscais; Conferir os materiais/ativo fixo através do pedido de compra e notas fiscais, verificando quantidade, qualidade e prazo de validade; Assinar canhoto das notas fiscais e devolvê-los ao entregador; Atualizar as fichas de controle de estoque, lançando a entrada dos materiais; Cadastrar no computador todos os materiais/ativo fixo recebidos; Armazenar nas estantes o material recebido, observando o vencimento do item e colocando os itens mais recentes no fundo das estantes. Informar ao Setor de Patrimônio a entrada de um ativo fixo para etiquetagem do mesmo e após essa etapa, enviar ao requisitante do ativo fixo.</p>			
Cuidados			
Conferir os produtos, verificando as quantidades, qualidade e os prazos de validade.			
Ações em caso de não conformidade			
<p>Percebendo que existe diferença entre o pedido de compra e os itens da nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências; Percebendo que existe diferença entre os itens entregues e os que constam na nota fiscal, informar ao Chefe do Almoxarifado para que este tome as devidas providências.</p>			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatur do representante	Data:

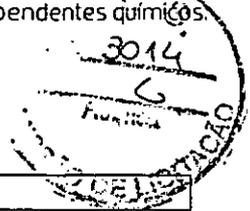


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almojarifado	POP.3 / Fl: 3012	Emissão: 6	
Rotina: Conferência de notas fiscais e material recebido		Revisão: Rubrica	No:	Data:
				
Executante				
Chefia do Almojarifado.				
Resultados esperados				
Assegurar que os materiais recebidos estão de acordo com o que foi solicitado no pedido de compra.				
Recursos Necessários				
Mesa, cadeira, notas fiscais, pedido de compra e caneta.				
Atividades				
Conferir as notas fiscais e o material recebido, conforme o pedido de compra, verificando o prazo de validade, quantidade e qualidade do mesmo;				
Cuidados				
Verificar as especificações, quantidades, qualidade e os prazos de validade dos produtos.				
Ações em caso de não conformidade				
Se algum material que está sendo entregue divergir do pedido de compra, devolvê-lo imediatamente ao fornecedor, registrando na nota fiscal de entrega do(s) produto(s) tal fato.				
Responsável pela elaboração:				
Responsável pela aprovação:		Aprovação		
		Assinatura representante	do	Data:

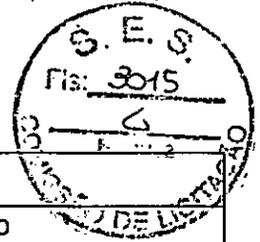


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almojarifado	POP.4
		Emissão
		Revisão
Rotina: Envio de notas fiscais para a administração		No: Data:
Executante		
Chefia do Almojarifado.		
Resultados esperados		
Agilidade (48 horas) no envio das notas fiscais para a administração.		
Recursos Necessários		
Mesa, cadeira, caneta e notas fiscais.		
Atividades		
Receber as notas fiscais; Colocar nas notas fiscais a confirmação de "mercadoria entregue"; Arquivar a segunda via das notas fiscais na pasta do setor de estoque; Protocolar as notas fiscais; Encaminhar as notas fiscais para a administração.		
Cuidados		
Atenção ao arquivar as notas fiscais.		
Ações em caso de não conformidade		
- Se neste momento perceber que existe alguma divergência entre a nota fiscal, o material que foi entregue e o pedido de compra, acionar o fornecedor para efetuar a troca ou providenciar a retirada do material, sendo que o fornecedor deverá informar os prazos para retirar ou repor os produtos. - Se perceber que a nota fiscal está faltando, entrar em contato com o fornecedor solicitando 2ª via.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

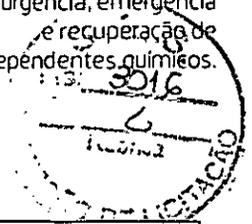
Handwritten signature



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Almoarifado	POP.5	
		Emissão	
Rotina: realizar controle de estoque		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Chefia do Almoarifado.			
Resultados esperados			
Garantir o controle de estoque e informar a necessidade de compra mensal.			
Recursos Necessários			
Mesa, cadeira, caneta, computador, impressora, software de controle de estoque e papel.			
Atividades			
<p>Receber solicitações dos chefes de serviço; Cadastrar diariamente no software de controle de estoque, a entrada e saída de material do almoarifado; Imprimir relatório diário da movimentação de estoque; Analisar relatório; Identificar as necessidades de reposição de estoque; Arquivar a primeira via da requisição de material; Efetuar os ajustes nos estoques, por quebra ou perda de materiais, gerando relatório específico.</p>			
Cuidados			
<p>Cuidar das situações emergenciais que indiquem a necessidade de reposição do estoque fora da rotina usual. Efetuar os ajustes de estoques (físico) com critério e providenciando a informação para gestão/verificação posterior</p>			
Ações em caso de não conformidade			
Em casos emergenciais solicitar compra em caráter emergencial, mediante justificativa a priori ou posteriori.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

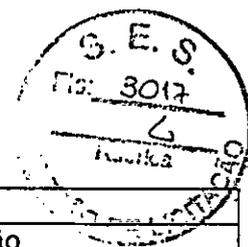


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	POP.6	
	PADRÃO Almojarifado	Emissão	
Rotina: Entrega de material aos setores do hospital		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Auxiliar de Almojarifado.			
Resultados esperados			
Proceder à entrega de materiais aos setores solicitantes.			
Recursos Necessários			
Requisição de material, ficha de controle de estoque e caneta.			
Atividades			
Receber a requisição de material; Conferir se a requisição está devidamente preenchida e assinada pela chefia solicitante; Verificar no almojarifado a existência de todos os itens solicitados na requisição; Separar o material que deverá ser entregue ao setor solicitante; Anotar na requisição de material a quantidade que será entregue; Atualizar as fichas de controle de estoque; Arquivar a 1.ª via da requisição de material; Entregar o material ao setor requisitante.			
Cuidados			
Conferir a requisição de material; Cuidado ao separar o material solicitado, evitando trocas, faltas ou excessos.			
Ações em caso de não conformidade			
Percebendo que não existe no estoque quantidade suficiente para atender a solicitação da requisição de material, informar à Chefia do Almojarifado a necessidade de encaminhar solicitação de compra para a administração ou efetuar uma compra emergencial.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	POP.7	
	PADRÃO Almojarifado	Emissão	
Rotina: previsão e controle de estoque mensal		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Chefia do Almojarifado.			
Resultados esperados			
Garantir que não falte nenhum material no almojarifado e controlar o consumo.			
Recursos Necessários			
Mesa, cadeira, computador, impressora e fichas de controle de estoque.			
Atividades			
Fazer levantamento do estoque do almojarifado através das requisições de materiais arquivadas; Cadastrar diariamente no sistema a entrada e saída de dos materiais; Emitir relatório diário para controle do estoque; Encaminhar para a administração a previsão para reposição do estoque da farmácia.			
Cuidados			
Conferir as requisições de material; Conferir criteriosamente a previsão da necessidade de estoque.			
Ações em caso de não conformidade			
Em casos de epidemias ou faltas não justificadas de itens do estoque procurar a administração para que sejam tomadas as devidas providências para abastecimento do almojarifado e checagem de rotinas e controles.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

[Handwritten signature]



ROTINAS DO CONTROLE PATRIMONIAL

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	POP.1
	PADRÃO PATRIMÔNIO	Emissão
		Revisão
		No: Data:
Rotina: Registro de entrada de bem patrimonial		
Executante		
Chefia do Patrimônio.		
Resultados esperados		
Controlar os bens patrimoniais do HUGO 2, identificando o tipo de bem (equipamento/móvel/utensílio), a data de aquisição, valor do bem, localização do bem no HUGO 2 (departamento/setor).		
Recursos Necessários		
Mesa, cadeira, caneta e sistema de TI de registro patrimonial ou caderno de registro.		
Atividades		
Receber aviso do Almoxarifado da chegada de ativo fixo Confrontar a nota fiscal com o pedido de compras para identificar o local onde bem será colocado Etiquetar o bem com número de ativo fixo e registrar no computador o local para onde será enviado		
Cuidados		
Verificar os bens a serem etiquetados evitando erros; Cuidado ao cadastrar o bem no local de destino.		
Ações em caso de não conformidade		
Percebendo que houve um erro no registro do bem efetua a correção na etiquetagem do bem ou no cadastro de localização/destino.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

O Almoxarifado do hospital é uma área estratégica pelos motivos:



a. Os estoques representam valores financeiros consideráveis sob a guarda dos gestores do hospital - IBGH;

b. Os estoques são vitais para o atendimento direto aos usuários e aos demais departamentos que compõem o hospital, visando garantir a qualidade assistencial;

c. A gestão do Patrimônio compreende a guarda e cuidado de todos os equipamentos, móveis, utensílios e instalações que compõem a estrutura física do HUGO 2. Sejam eles de propriedade do IBGH ou da SES-GO o controle e cuidado será perfeitamente idêntico.

O gerenciamento de materiais visa:

- a. continuidade das ofertas dos serviços de saúde;
- b. alta rotatividade dos estoques;
- c. qualidade no atendimento;
- d. qualidade dos materiais;
- e. controles cadastrais eficazes;
- f. conhecimento adequado do mercado e dos fornecedores;
- g. padronizar o uso de materiais.

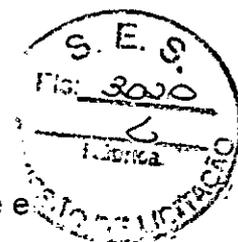
O controle de entrada e saída de materiais e medicamentos é crítico e sem um controle efetivo de entrada nos estoques e de saída de produtos não há como evitar desperdício ou gerenciar custos.

**CONCEITOS GERAIS DA GESTÃO DE ALMOXARIFADO
ARMAZENAMENTO**

- a. Área de armazenamento com altura (pé direito) mínima de 3 metros;
- b. Marquise protegendo a descarga dos materiais;
- c. Rede de combate a incêndio;
- d. Armazenar observando a ordem cronológica de entrada: as unidades estocadas há mais tempo devem sair primeiro para evitar a permanência de itens em estoque com risco de deterioração, obsolescência, perda de propriedades físicas, endurecimentos, ressecamentos etc. (crítico no armazenamento de medicamentos);
- e. O valor financeiro de um determinado material influi na forma e local de armazenamento, proporcionando maior segurança para os materiais que no método denominado ABC ou curva ABC, são os itens que integram o segmento A;
- f. O critério de carga unitária baseia-se na necessidade de racionalização do espaço útil de armazenamento, com o máximo aproveitamento da cubagem;
- g. Aliada à racionalização do espaço, a carga unitária favorece a boa movimentação do material, a rapidez de carga e descarga e, conseqüentemente, a redução dos custos;

Esse método consiste na arrumação ou composição de pequenos itens, pacotes ou unidades menores em volumes dimensionados em peso e cubagem, transformando as unidades simples em unidades múltiplas;

A abertura das caixas ou embalagens recebidas do fornecedor, para conferência dos materiais adquiridos, é obrigatória;

**RECEBIMENTO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS**

a. Consiste em receber e examinar e conferir o material quanto à quantidade e documentação;

b. Providenciar a identificação dos produtos garantindo adequadas condições de controle e rastreamento do produto;

Não existem soluções e esquemas prontos que possam ser aplicados a qualquer situação, espaço físico, organização ou empresa. Depende da análise particular de cada caso.

Entre os critérios mais comuns de armazenagem, que orientam a elaboração de normas de armazenamento, enumera-se os seguintes:

a. rotatividade de materiais;

b. volume e peso;

c. ordem de entrada/saída;

d. similaridade;

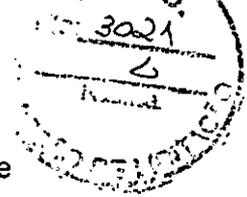
e. valor;

f. carga unitária;

g. acondicionamento e embalagem.

Dentre os itens de material mantidos em estoque, existem aqueles que têm maior movimentação em relação a outros, em virtude de sua utilização.

A esses materiais, que entram e saem com maior frequência, deve ser dado um tratamento específico em relação à localização no armazém, ou seja,



armazená-los nas proximidades das portas (setores de expedição e embalagem).

Esse procedimento oferece as seguintes vantagens:

- minimização de número de viagens entre as áreas de estocagem e de expedição;
- descongestionamento do trânsito interno do almoxarifado;
- melhor aproveitamento da mão-de-obra interna, com menor desgaste físico dos operadores;
- maximização do tempo despendido na expedição do material.

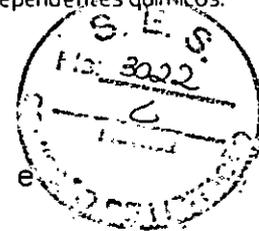
Da mesma forma, os itens mais volumosos e pesados devem ficar perto das portas para facilitar a sua movimentação e serem colocados sobre estrados.

ALMOXARIFADO GERAL

É uma área destinada à estocagem e conservação dos produtos, visando assegurar a manutenção da sua qualidade, enquanto estocados, em especial, as características de cada medicamento.

CARACTERÍSTICAS do almoxarifado geral

- a. Assegurar condições ideais de conservação.
- b. Deverá atender a alguns requisitos básicos:
 - b.1. local de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos produtos;
 - b.2. identificação visível por meio de nome e/ou logotipo;
 - b.3. sinalização interna através de letras ou placas indicativas nas estantes e locais de extintores de incêndio;



b.4. condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade;

b.5. higienização constante do local. A área deve estar sempre limpa, isenta de poeira e outras sujidades. A limpeza é uma norma de segurança que deve ser rigorosamente seguida;

b.6. equipamentos e acessórios suficientes necessários à movimentação e estocagem dos produtos;

b.7. segurança apropriada à proteção das pessoas e dos produtos em estoque;

c. não existe padrão estabelecido para determinar a dimensão adequada de uma Central de Abastecimento Farmacêutico.

O tamanho varia em função das atividades desenvolvidas, quantidade e tipos de produtos a serem estocados, periodicidade das aquisições, intervalo de tempo da entrega de medicamentos pelos fornecedores, do sistema de distribuição, da quantidade de equipamentos, acessórios e recursos humanos à disposição, do layout físico e da funcionalidade do serviço (área administrativa, recepção/expedição) e áreas específicas de estocagem.

INSTALAÇÕES FÍSICAS

Sabe-se que a maioria dos incêndios é provocada por curtos-circuitos.

A manutenção permanente das instalações elétricas deve ser prioridade dos responsáveis pelo setor.

Os seguintes cuidados devem ser observados:

a. desligar todos os equipamentos, exceto os da rede de frio, diariamente, antes da saída do trabalho;



- b. evitar sobrecarga de energia, com o uso de extensões elétricas;
- c. usar um equipamento por tomada, não fazendo uso de adaptadores;
- d. solicitar contrato de manutenção elétrica ou realizar vistorias periódicas nas instalações.



EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS

De acordo com o espaço físico disponível, volume e movimentação de estoque, entre outros, recomenda-se: aparelhos de ar-condicionado utilizados para o controle adequado da temperatura no local de armazenagem, em especial daqueles itens que necessitam de condições especiais de conservação.

A quantidade de aparelhos necessários e a definição de sua potência deve ser calculado conforme dimensão e características do local.

Armários de aço com chave para o armazenamento dos produtos sujeitos ao controle especial (Portaria SVS/MS no 344/98) (BRASIL, 1998), no caso de centrais de abastecimento de pequeno e médio porte, bem como produtos de alto custo unitário. Carrinho para transporte de produtos existem em diversas formas e tamanhos, de acordo com as necessidades específicas. Cestas de plástico utilizadas para estocagem de produtos leves são práticas, ajustáveis, de diversos tamanhos e cores e ocupam pouco espaço.

Equipamentos de informática em quantidade suficiente, conforme as possibilidades, para atender às necessidades do Almoxarifado Central.

São indicados os termômetros que registram temperaturas máximas e mínimas e guardam a informação.

SEGURANÇA



Em um Almoxarifado Geral, não devem existir fatores que possam propiciar riscos de deterioração, desvios e incêndios.

A falta de equipamentos de prevenção contra incêndios e a falta de manutenção das instalações elétricas são fatores que contribuem para aumentar os riscos no setor.

Por isso, medidas de segurança devem ser adotadas para garantir a devida proteção das pessoas e dos produtos em estoque.

ENTRADA/SAÍDA DO ALMOXARIFADO CENTRAL

- a. Deve haver uma área para recepção e para expedição dos produtos;
 - b. Empilhamento: o cuidado no empilhamento dos produtos é fundamental para evitar acidentes de trabalho e desabamentos dos produtos (que podem ocasionar perdas).
- A informação sobre o limite máximo de empilhamento permitido deve ser sempre observada e pode ser obtida no lado externo das embalagens. Essa informação é fornecida pelo próprio fabricante, quando se faz necessário;
- c. A utilização de inseticidas, pela possibilidade de contaminação dos medicamentos, deve ser evitado;
 - d. Manter a higiene rigorosa do local. A limpeza deve ser diária para não permitir o acúmulo de poeira, de papéis, de caixas vazias de papelão etc. que venham criar condições para propagação de insetos e roedores. O lixo deverá ser depositado em recipientes com tampa e ser eliminado todos os dias;
 - e. O acesso de pessoas: deve ser permitido às pessoas que trabalham no setor;



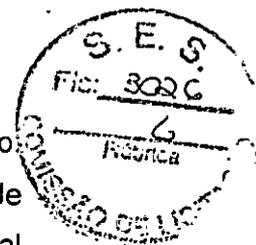


f. Medidas de prevenção contra incêndio deve abranger áreas contíguas ao setor: é necessário dispor de equipamentos de prevenção contra incêndio em todas as áreas, com fácil acesso, indicação no local dos equipamentos, instruções escritas sobre utilização destes e treinamento de pessoal. Os extintores de incêndio devem ser adequados ao tipo de material armazenado e fixados nas paredes, sinalizados pela demarcação de áreas abaixo deles, com um círculo ou seta larga, na cor vermelha e com bordas amarelas, na dimensão de 1m x 1m. Os extintores deverão possuir uma ficha de controle de inspeção, etiqueta de identificação (protegida para não ser danificada), com a data de recarga. Elaborar cartazes que estimulem o cumprimento das normas, como por exemplo: proibido fumar, beber e guardar alimentos nas dependências da Central de Abastecimento Farmacêutico etc. Os cartazes devem estar afixados em local visível.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A organização interna do Almoxarifado Geral deverá contar com áreas que contemplem as necessidades do serviço, considerando o volume e tipos de produtos a serem estocados, a saber:

- a. Área administrativa: destinada às atividades operacionais, que deve estar localizada, preferencialmente, na entrada, para melhor acompanhamento das ações e o fluxo de pessoas e produtos;
- b. Área de recepção: destinada ao recebimento e à conferência de produtos. Deve ficar situada junto à porta principal e seguir normas e procedimentos escritos e afixados na parede;
- c. Área de Separação: Local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos;
- d. Áreas de estocagem: Dependendo dos tipos de produtos a serem armazenados e das condições de conservação exigidas, deve-se dispor de



áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como área para termo lábeis, psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume devem ser armazenados em ambiente separado), material médico-hospitalar, produtos químicos e outros.

As áreas de estocagem devem estar bem sinalizadas, de forma que permitam fácil visualização das mesmas

A circulação, nesta área, deve ser restrita aos funcionários do setor.

ORGANIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA

É a disposição racional do espaço físico dos diversos elementos e recursos utilizados (materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários) de maneira adequada, possibilitando melhor fluxo operacional e utilização eficiente do espaço para a o desempenho das condições de trabalho e garantia da qualidade dos produtos estocados.

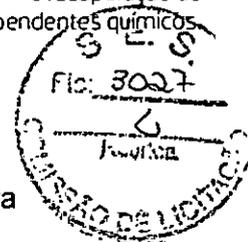
FORMA DE ESTOCAGEM

A estocagem dos produtos depende da dimensão, do volume, da quantidade de produtos a serem estocados, do espaço disponível e das condições de conservação exigidas para cada tipo de produto.

Existem vários equipamentos destinados à armazenagem de medicamentos, sendo os mais utilizados:

a. Estrados/pallets/porta-pallets: são plataformas horizontais de tamanhos variados, de fácil manuseio, utilizadas na movimentação e estocagem de produtos de grandes volumes.

Os porta-pallets são estruturas reforçadas, destinadas a suportar cargas a serem estocadas nos vários níveis, com bom aproveitamento do espaço vertical.



b. Prateleiras: constituem o meio de estocagem mais simples e econômico para produtos leves e estoques reduzidos, devendo ser, preferencialmente, de aço;

c. Empilhamento: o empilhamento deve obedecer às recomendações do fabricante, quanto ao limite de peso. Como regra geral, as pilhas não devem ultrapassar uma altura de 1,5m para evitar desabamentos e alterações nas embalagens por compressões. As pilhas devem ser feitas em sistema de amarração mantendo-se distanciamento entre elas e entre as paredes, para uma boa circulação de ar.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Estão relacionados com o pedido de compra, visando atender aos requisitos administrativos estabelecidos em edital ou contrato quanto às quantidades a serem entregues, os prazos de entrega, preços etc.

DOCUMENTAÇÃO FISCAL

Os produtos deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal (exemplo: nota fiscal, nota de empenho, guia de remessa etc.).

Caso a documentação não seja entregue em duas vias, tirar cópia para arquivamento.

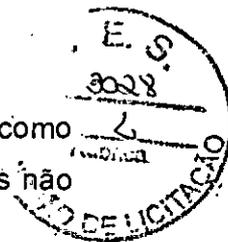
A conformidade do documento em relação aos produtos entregues deve ser registrada em formulário próprio e encaminhada ao setor responsável para a solução da pendência junto ao fornecedor, arquivando a cópia.

ASPECTOS LEGAIS

O Registro Nacional de Preços é regido pela Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis: 8.883/94, 9.032/95, 9.648/98, 9.854/99, Decreto Federal 2.743/98 e demais normas legais e administrativas em vigor. A avaliação do processo de aquisição é de fundamental importância, para que se



possa intervir no menor prazo possível evitando desabastecimentos, bem como para dispor de elementos necessários à desclassificação de fornecedores não idôneos;



ALGUNS INDICADORES

- a. Desempenho de fornecedores (acompanhamento de dados: pontualidade da entrega, qualidade do produto, preço, segurança, embalagem, entre outros);
- b. Tempo médio do processo de aquisição;
- c. Recursos gastos com aquisição de produtos por família, custo unitário etc.;
- d. Demonstrativo físico-financeiro de aquisição por determinado período de tempo;
- e. Prazos de entrega: os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos.

O não atendimento aos prazos deve ser notificado e comunicado ao setor responsável pelas medidas corretivas cabíveis;

- f. Preços (unitário e total): verificações dos preços constantes na nota fiscal para saber se estão de acordo com os preços da aquisição.

VERIFICAÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

São aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação), verificando o cumprimento dos requisitos em relação a:

- > Especificações dos produtos: devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma, quantidade, preço, apresentação, condições de conservação e inviolabilidade;
- > Registro sanitário do produto: no caso de medicamentos os mesmos devem



apresentar nas embalagens o número do registro no MS. Os medicamentos só podem ser comercializados se estiverem registrados no Ministério da Saúde;

➤ Certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade: documento emitido pelo Controle de Qualidade do fabricante do produto, no qual são certificadas as especificações técnicas de qualidade do produto, quando requerido pelo HUGO 2;

➤ No edital de licitação pode ser exigido que o ato da entrega dos produtos seja acompanhado dos laudos de controle da qualidade, com os resultados, as faixas de normalidade etc.;

➤ Responsável técnico: deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito;

➤ Embalagem: os produtos, em especial medicamentos, deverão estar nas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação, aderência ao produto, umidade e inadequação em relação ao conteúdo etc. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS no 802/98, de 08/10/98) (BRASIL, 1998);

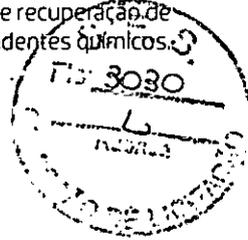
➤ A rotulagem deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente.

➤ Lote: quantidade que se produz em um ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade. No caso de medicamentos é fundamental para garantir rastreabilidade e controle;

➤ Número do lote: combinação distinta de números e/ou letras que identifica determinado lote em seu rótulo, registros e certificados de análises. O número do lote do produto recebido deverá ser o mesmo constante na Nota Fiscal;

➤ Validade: data limite de vida útil do produto expressa na embalagem do produto. Recomenda-se que o intervalo de tempo até a data de validade seja suficiente para seu pleno consumo considerando as condições de entrega, de distribuição e de transporte existentes, exceto para os casos excepcionais e previamente autorizados;

➤ Transporte: verificar se o transporte dos produtos foi realizado em condições empresas transportadoras devem estar devidamente autorizadas;



SISTEMA DE RECEBIMENTO

A função de inspeção da qualidade apresenta aspectos diversificados e complexos devido à grande variedade de produtos constantes dos catálogos de produtos do setor da saúde.

Em virtude dessa particularidade, é muito difícil a estruturação de um sistema adequado de verificação da qualidade dos produtos recebidos.

Os serviços de vigilância sanitária são os instrumentos mais adequados disponíveis para o exercício dessa função.

O recebimento dos materiais é efetuado com a conferência dos dados constantes na nota fiscal de entrega com aqueles emitidos no pedido de compra.

Eventualmente há necessidade de se comparar os produtos com as amostras fornecidas no início do processo.

Em certos casos, pode ser necessária uma avaliação posterior.

Assim, o recebimento físico será feito provisoriamente e deverá ser seguido de uma avaliação técnica posterior.

Os controles dos materiais em estoque são efetuados por meio de fichas de prateleira e das fichas de controle físico-financeiro.

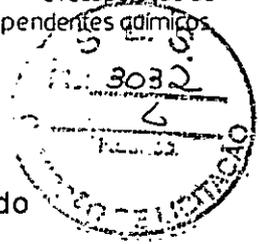
Há sistemas eletrônicos para esses controles disponíveis no mercado.

Um sistema de recebimento de materiais deve ter, como requisitos o gerenciamento global, conforme apresentado abaixo, que irá determinar, entre outras, as vantagens a seguir:

➤ Racionalização e agilização, no âmbito operacional, das rotinas e



- procedimentos, em todos os segmentos do processo;
- Maior integração com os sistemas envolvidos;
 - Estabelecimento de critérios administrativos mais adequados, para tratamento de pendências;
 - Minimização das ocorrências de erros no processamento das informações.
- Verificar as especificações técnicas e administrativas, conferindo as quantidades recebidas, por unidade, embalagem, lotes e validades, em conformidade com a Nota Fiscal e o pedido. Carimbar, assinar e datar a Nota Fiscal no verso, atestando o recebimento;
- Registrar a entrada dos produtos no sistema de controle existente (fichas/informatizado);
- Incluir a informação do lote e do prazo de validade no registro da entrada;
- Avaliar a entrega do fornecedor, mediante preenchimento de formulário específico, e arquivar com a cópia da nota fiscal;
- Comunicar aos setores envolvidos a entrada do produto, para posterior distribuição (quando este procedimento estiver definido previamente em normas ou no pedido de compra);
- Protocolar e encaminhar a via original da nota fiscal ao setor financeiro, para o pagamento.
- Não escrever ou rasurar a via original da nota fiscal ou documento que acompanha o produto. Qualquer observação deve ser feita em documento anexo, em formulário padronizado;
- Toda documentação referente à movimentação dos produtos (entradas, saídas, inventários, doações, remanejamentos, incinerações, devoluções, perdas etc.) deve ter uma cópia arquivada no setor;
- Não atestar notas fiscais ou documentos de medicamentos que não foram recebidos no local ou que não estejam sob seu controle;
- Os produtos em desacordo com as especificações solicitadas (na forma, apresentação, concentração, rótulo, envase, embalagem, condições de conservação, lote, validade etc.), devem ser notificados em livro ata e/ou em



boletim de ocorrências e o fato informado ao fornecedor, por ofício, bloqueando a nota fiscal até a resolução do problema;

➤ Contatar de imediato a Vigilância Sanitária local, quando houver suspeita de falsificação de algum medicamento;

➤ Todas as ocorrências identificadas devem ser notificadas, datadas e assinadas;

➤ Todo procedimento realizado e providências adotadas, referentes às ocorrências, deverão ser feitos por escrito e arquivadas as cópias, para efeito de apuração de responsabilidades;

➤ As devoluções de produtos deverão ser com justificativas, com prazos de validade compatíveis ao tempo de utilização, e assinadas pelo responsável pela devolução.

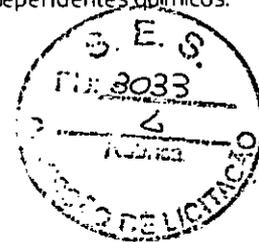
➤ Atenção especial deve ser dada à temperatura ambiente, à luminosidade e à umidade, pois esses são fatores ambientais extrínsecos controláveis, que têm ação direta na estabilidade dos produtos e em especial dos medicamentos.

É importante salientar que o prazo de validade ou o tempo previsto para a perda de estabilidade de um medicamento é válido apenas se respeitadas as indicações de conservação dos mesmos, apresentadas pelo fabricante na bula e na embalagem externa do produto.

Não é possível aceitar o desabastecimento de algum produto, e em especial medicamento que possa causar danos irreparáveis devido a negligências no gerenciamento de estoque.

Por fim, atenção especial deve ser dada aos funcionários, sustentação mais importante desta cadeia, pois um controle eficaz resulta da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço.

Para tanto, os funcionários devem estar conscientes das suas responsabilidades, treinados e instrumentalizados para o perfeito desempenho das suas atividades.

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PARA ESTOCAGEM**

- Estocar os produtos por nome genérico, lote e validade, de forma que medicamentos com datas de validade mais próximas devem ficar à frente;
- Manter distância entre os produtos e paredes, piso, teto e empilhamentos, de modo a facilitar circulação interna de ar. Não existe uma regulamentação ou padrão oficial estabelecido para o estabelecimento desta distância, que será definido segundo o espaço disponível. O que não se deve fazer é encostar materiais e medicamentos sensíveis junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade;
- Conservar os medicamentos e materiais sensíveis nas embalagens originais, ao abrigo da luz direta;
- Estocar os materiais de acordo com as condições de conservação recomendadas pelo fabricante. Em caso de não haver recomendação específica, deve-se estocar os produtos em temperatura ambiente (15° a 30° C);
- Estocar os medicamentos e produtos destinados à nutrição isolados de outros materiais, principalmente, os de limpeza, perfumaria, cosméticos etc.;
- Embalagens abertas devem ser identificadas com o número do lote e validade;
- Materiais passíveis de quebras (ampolas e frascos de vidros etc.) devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;
- Manter próximo à área de expedição os produtos de grande volume e rotatividade;
- Proteger os produtos contra pragas e insetos, colocando telas finas nas janelas;
- Exercer um controle diferenciado dos psicofármacos, por serem produtos que causam dependência física e psíquica e são sujeitos a controle especial. Esses medicamentos devem ficar em local seguro, isolados dos demais, sob controle e responsabilidade legal do farmacêutico;
- Manter em local separado os produtos inflamáveis, sob condições especiais



(área sinalizada, instalações apropriadas, equipamentos de prevenção contra incêndio, normas e procedimentos escritos, afixados no local), tendo em vista os riscos potenciais que esses produtos podem causar (ocupacionais e coletivos);

➤ Manter os medicamentos termolábeis em áreas específicas, por serem produtos sensíveis à temperatura em torno de 20° C. O local de armazenagem desses produtos exige controle de temperatura, através de termômetros, com registro diário.

➤ Para o controle da temperatura, é necessária a utilização de termômetros nas áreas de estocagem, com registros diários em mapa de controle, registro mensal consolidado, elaboração de relatórios com gráficos para correção de eventuais anormalidades.

✓ ESCALAS DE TEMPERATURA:

✓ FRIA: 2-5° C

✓ FRESCA: 8-15° C

✓ AMBIENTE: 15-30° C

✓ QUENTE: Acima de 30° C

➤ Umidade: dependendo do produto, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, podendo desencadear algumas reações químicas.

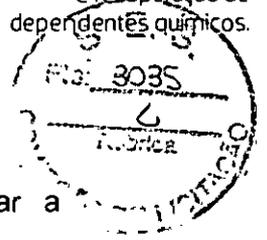
➤ Os produtos sensíveis à umidade devem ser conservados e distribuídos em frascos hermeticamente fechados, ou contendo substâncias dessecantes.

➤ Luminosidade: a incidência direta de raios solares sobre alguns produtos, em especial medicamentos, acelera a velocidade das reações químicas e a estabilidade dos mesmos;

➤ Ventilação Circulação interna de ar que deve ser mantida para conservação satisfatória dos produtos;

➤ Janelas elementos vazados-facilitam a ventilação natural.

CONTROLE DE ESTOQUE



É uma atividade técnico-administrativa que tem por objetivo subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, visando à manutenção dos níveis de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

As funções do controle de estoque são:

- Determinar quanto e quando comprar;
- Acionar o setor de compras;
- Determinar o que deve permanecer estocado;
- Controlar quantidades e valores estocados;
- Identificar e retirar do estoque itens obsoletos ou danificados;
- Realizar inventários periódicos;
- Proporcionar subsídios para determinar o que é necessário adquirir;
- Garantir a regularidade do abastecimento;
- Eliminar perdas e desperdícios;

O sistema de controle deve apresentar um estreito relacionamento com o processo estratégico, contribuindo para a formulação de alternativas estratégicas que facilitem a atuação dos administradores e das diversas unidades com as diretrizes globais.

Além disso, a informação fornecida pelo sistema de controle deve ser útil para elaboração da estratégia (planejamento estratégico).

O Feedback é essencial ao controle.

Para o processo de controle fazer sentido, a organização deve ter conhecimento e habilidade para corrigir as situações que identifica como fora de controle, caso contrário o controle não serviria a nenhum propósito, porque não pode corrigir as situações fora de controle.

Os seguintes aspectos são fundamentais:



- ✓ Precisão da informação: possibilitar condições para intervenções quando necessário;
- ✓ Objetividade: as informações devem ser claras e precisas;
- ✓ Rapidez: devem estar disponíveis, quando necessário;
- ✓ Arquivo: as informações devem estar arquivadas adequadamente e facilmente localizáveis, quando necessário.

ELEMENTOS DE PREVISÃO DE ESTOQUE

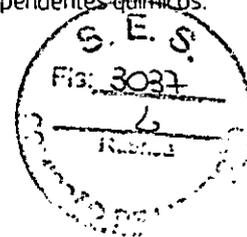
Os elementos de previsão constituem a própria gestão dos estoques e, por meio deles, são definidas as quantidades a serem adquiridas, em intervalos de tempo compatíveis:

- Consumo médio mensal-CMM;
- Estoque mínimo-EMI (de segurança ou de reserva);
- Estoque máximo-EMX;
- Tempo de ressuprimento ou reposição-TR;
- Ponto de ressuprimento ou reposição/estoque de alarme-PR;
- Quantidade de ressuprimento-QR.

CONTROLE DE ESTOQUE INFORMATIZADO

Para informatizar os estoques é necessário:

- Organizar o serviço;
- Conhecer sistemas de controles eficientes;
- Identificar as necessidades de informações a serem trabalhadas;
- Identificar os tipos de relatórios utilizados e necessários;
- Elaborar o projeto;
- Reunir com a equipe responsável pelo desenvolvimento do software;
- Testar o projeto piloto;



- Implantar (gradualmente) o sistema.

INVENTÁRIO

Inventário é a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de medicamentos estocada coincide com a quantidade registrada nas fichas de controle ou no sistema informatizado. Quando se deve fazer um Inventário:

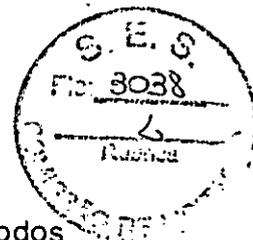
- Diariamente, de forma aleatória, para monitorar produtos de controle especial (ex: psicotrópicos, entorpecentes), produtos de alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10% a 20% dos estoques;
- Trimestral para os itens da curva C;
- Anual, obrigatoriamente, ao final do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas.

RESULTANTE DO INVENTÁRIO

- Permitir verificar as divergências entre os registros e o estoque físico;
- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

TIPOS DE INVENTÁRIOS

- Geral Realizado anualmente, com fins contábeis e legais, para incorporação dos seus valores ao instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício;
- Periódico: Realizado em intervalos de tempo (mensal, bimensal, trimestral, semestral etc.);
- Permanente ou Contínuo: Realiza-se sem intervalo de tempo, sempre após a entrada e saída de produtos, o que permite eliminar prontamente as falhas e causas.

**PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DE INVENTÁRIOS**

- Elaborar um instrumento padrão (formulário) com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e percentual de erros;
- Determinar o período para realização do inventário;
- Designar responsáveis para contagem;
- Proceder à arrumação física dos produtos, para a agilização da contagem;
- Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados e dar baixa nos estoques;
- Comunicar, por escrito, aos interessados (administração e usuários) a data de início e finalização do inventário;
- Atender a todos os pedidos pendentes antes do início do inventário;
- Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);
- Realizar a contagem: Cada item do estoque deve ser contado duas vezes.
- A segunda contagem deve ser feita por uma equipe revisora.
- No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;
- Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;
- Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;
- Elaborar o relatório final da contagem de estoques e encaminhar cópias às áreas competentes.

OBS: Durante o período de inventário, o atendimento deve ser suspenso, exceto para os pedidos de urgência.

As entradas e saídas de produtos devem ser lançadas somente após a finalização do inventário, para evitar risco de dupla contagem do mesmo produto.

NO CASO DE DIVERGÊNCIAS NOS ESTOQUES:

- Registrar a ocorrência;
- Rastrear as notas fiscais de entrada, documentos de saída, registros de



ocorrências de devolução;

➤ Revisar as somas das entradas e saídas das fichas de controle, para avaliar se houve erro na soma etc.

TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS

O processo de distribuição inicia-se com a apresentação pelo setor que necessita do material de uma requisição, podendo ser em papel ou meio eletrônico.

O importante é a perfeita identificação do documento para fins de encaminhamentos e de recuperação da informação.

Observar que para o bom controle do fluxo de materiais somente algumas pessoas estarão autorizadas a requisitar itens.

De forma geral, as quantidades em medidas corretas evitam os sub-estoques e as possibilidades de uso indevido de materiais e medicamentos.

As urgências devem ser sempre atendidas, entretanto, não podem se tornar regra, pois quando o serviço começa a funcionar com grande número de atendimentos urgentes, é um sinal de que toda a estrutura ligada a central de armazenagem de distribuição tem que ser revista ou reavaliada, isto porque está trabalhando na maior parte do tempo em regime de exceção, provocando o efeito bola de neve.

O uso de etiquetas com códigos de barras agiliza de forma importante os procedimentos de baixa nos estoques e permite uma rastreabilidade dos itens com a identificação de lotes de fabricação aumentando os controles e a segurança para o gerenciamento de materiais.



A POLÍTICA DE ESTOQUES

A formulação correta de uma política de estoque depende fundamentalmente de quando pedir, quanto pedir, quanto manter em estoques de segurança, o estoque de segurança, previsão de demanda etc.

Para lidar com essas incertezas é que devem ser utilizados estoques de segurança e devem ser mantidos para atender as necessidades de materiais durante o período de entrega sem que haja paradas.

A definição do prazo de espera ou lead time (L), é o tempo decorrido entre o início do processo de reposição e a entrada dos materiais ou medicamentos no estoque, sendo influenciado pela distância entre o fornecedor do item e a Instituição.

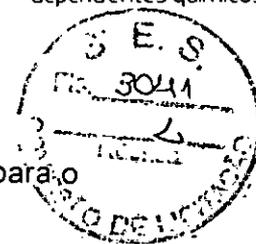
CLASSIFICAÇÃO ABC E XYZ.

Curva ABC: a curva ABC é um importante instrumento para se examinar estoques, permitindo a identificação daqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração.

Ela consiste na verificação, em certo espaço de tempo (normalmente 6 meses ou 1 ano), do consumo em valor monetário, da quantidade dos itens de estoque, para que eles possam ser classificados em ordem decrescente de importância.

Aos itens mais importantes de todos, segundo a ótica do valor, ou da quantidade, utilizamos a denominação de itens da classe A, aos intermediários, itens da classe B, e aos menos importantes, itens da classe C.

Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens que serão analisados, conforme sua importância relativa no grupo.



Curva XYZ Cada produto utilizado no hospital possui a sua importância para o processo produtivo.

Assim como no Estudo da Curva ABC, que mostra quais os itens são os que possuem o mais alto custo, se comparado ao todo do estoque, a análise do método da Criticidade (ou XYZ) demonstra o grau de importância de cada material em relação à soma total dos itens, classificando os materiais em categorias X, V ou Z em termos de importância.

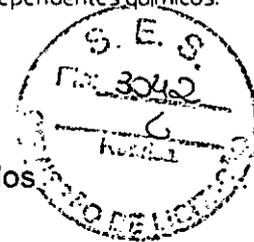
A classificação XYZ informa quais Itens cuja falta em estoque pode afetar seriamente a operacionalidade da instituição.

ANÁLISE FINANCEIRA dos estoques

Os custos de estoques devem ser acompanhados pelo Gestor. O custo total associado à gestão de estoques em organizações de saúde é o resultado da soma de diversos componentes como, por exemplo, os (as): gastos com a compra (a quantia que é efetivamente desembolsada na aquisição do medicamento); gastos com o ressurgimento (frete e colocação do pedido via telefone, fax ou Internet); custos de oportunidade do capital (valor do dinheiro no tempo, aplicado ao custo unitário de aquisição do medicamento); custos de armazenagem (ou seja, o almoxarifado como centro de custos); custos da falta do produtos, e em especial medicamentos (vidas em risco, ações na justiça e indenizações); perdas por perecibilidade (prazo de validade).

Para o gerenciamento de todas estas variáveis é preciso a utilização de indicadores que sinalizem a eficiência dos processos, com o objetivo de monitorar, orientar e induzir o desempenho da organização e, principalmente, apoiar os processos decisórios de modo a reorientar as ações e o consequente o rumo da organização.

Giro de Estoque (GE) corresponde ao número de vezes em que o estoque é totalmente consumido durante um determinado período.



Os administradores, de forma geral creem que quanto maior for o giro dos estoques mais eficientemente estes estarão sendo administrados.

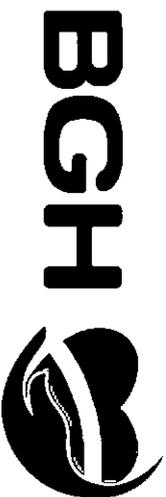
Isso é verdadeiro até certo ponto, pois um alto giro dos estoques pode também indicar problemas.

Por exemplo, um modo de aumentar o giro do estoque é manter um estoque de nível muito baixo. Contudo tal estratégia pode resultar num grande número de itens em falta no estoque.

3.2. ITEM QUALIDADE

3.2.1. QUALIDADE OBJETIVA

Este tópico visa identificar como o ente que se dispõe a gerenciar o HUGO 2 poderá oferecer a melhor assistência considerando o nível de recursos e tecnologia que a unidade hospitalar terá à sua disposição, tendo em vista que o projeto físico do HUGO 2 e os equipamentos foram definidos e adquiridos pela SES-GO.



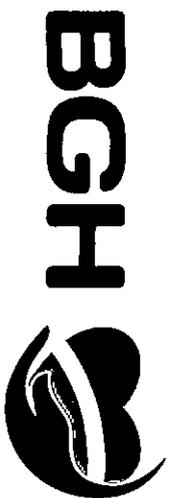
Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínticos.



REFERÊNCIAS LEGAIS DAS COMISSÕES

	REQUISITO LEGAL E ACESSO	ORIGEM	ANO
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	MANUAL DE CERTIFICADO PARA SISTEMAS DE REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013 http://www.sbis.org.br/certificacao/	FEDERAL	2013
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	RESOLUÇÃO CFM No 1.638 DE 2002 http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm	FEDERAL	2002
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	RESOLUÇÃO CFM No 1.639 DE 2002 http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm	FEDERAL	2002
COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	RESOLUÇÃO CFM No 1.821, DE 11 DE JULHO DE 2007 http://www.sbis.org.br/indexframe.html	FEDERAL	2007



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes, quínicos.



COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	LEI No 9.431, DE 6 DE JANEIRO DE 1997 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm	FEDERAL	1997
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	PORTARIA No 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis..gm/1998/prt2616_12_05_1998.html	FEDERAL	1998
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	RESOLUÇÃO - RDC No 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rd cs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf	FEDERAL	2010

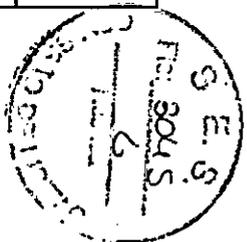
[Handwritten signatures]



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	RESOLUÇÃO - RDC No 48, DE 02 DE JUNHO DE 2000 http://www.saude.mg.gov.br/ images/documentos/Res_048.pdf	FEDERAL	2000
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	DECRETO No 94.406 DE 1987 http://novo.portalcofen.gov.br/ decreto-n-9440687_4173.html	FEDERAL	1987
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	LEI No 5.905, DE 12 DE JULHO DE 1973 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lei s/L5905.htm	FEDERAL	1973
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	RESOLUÇÃO COFEN No 168 DE 1993 http://portal.coren- sp.gov.br/node/30847		1993
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	RESOLUÇÃO COFEN No 172 DE 1994 http://www.portaldafenfermagem.com. br/legislacao_read.asp?id=284		1994





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

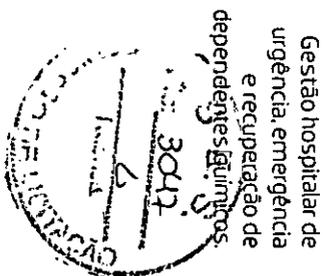


COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	RESOLUÇÃO COFEN No 240 DE 2000 http://www.soleis.adv.br/codigoeticaenfermagem.htm	FEDERAL	2000
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	RESOLUÇÃO COFEN No 311 DE 2007 http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1188236444_91_0.pdf	FEDERAL	2007
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (Documentos Básicos 2006) http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.portalcoren-rs.gov.br%2Fdocs%2Fdocs_oficiais.doc&ei=zp73UtmuFezlsATCqLgBg&usg=AFQjCNG7piSx0leZQbYg69MZjaKGdOqfKw&bvm=bv.60983673,d.cWc&cad=rja	FEDERAL	2006



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	PROCESSO-CONSULTA CFM No 4511 – PARECER CFM No 0413 http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/4_2013.pdf	FEDERAL	2013
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	RESOLUÇÃO CFM No 1.246, DE 08 DE JANEIRO DE 1988 http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1988/1246_1988.htm	FEDERAL	1988
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	RESOLUÇÃO CFM No 1931 DE 2009 http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm	FEDERAL	2009
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	RESOLUÇÃO CFM No 1.657 DE 2002 http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1657_2002.htm	FEDERAL	2002

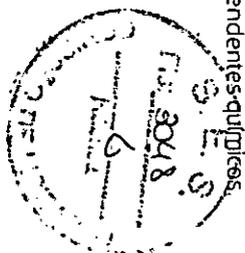


[Handwritten signatures]



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes-quinôceas.



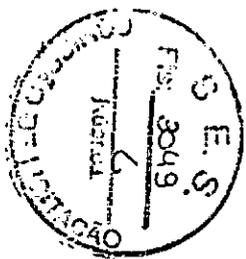
COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR	DECRETO-LEI No 97, DE 10 de MAIO DE 1995 http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/decreto_lei_97-95_20.pdf	FEDERAL	1995
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	RESOLUÇÃO No 338, DE 06 DE MAIO DE 2004 http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	RESOLUÇÃO No 449, DE 24 DE OUTUBRO DE 2006 http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/449.pdf	FEDERAL	2006



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	ABNT NBR 10004. DE 31 MAIO DE 2004 http://www.aslaa.com.br/legislacoes/NBR%20n%2010004-2004.pdf	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	CNEN-NN-3.01, DE SETEMBRO DE 2011 http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf	FEDERAL	2011
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	CNEN-NN-6.05, DE DEZEMBRO DE 1985 http://www.cnen.gov.br/seguranca/normas/mostra-norma.asp?op=605	FEDERAL	1985
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	MANUAL DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006 http://www.anvisa.gov.br/servicosaud e/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf	FEDERAL	2006



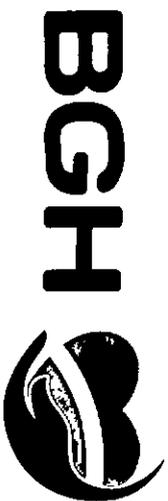


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	PORTARIA No 344, DE 12 DE MAIO DE 1998 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudel egis../svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html	FEDERAL	1998
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	RESOLUÇÃO - No 257, DE 30 DE JUNHO DE 1999 http://www.cpqgm.fiocruz.br/arquivos/resolucoes/ResolucaoCONAMAN257_DescartedePilhasBaterias.pdf	FEDERAL	1999
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	RESOLUÇÃO - No 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005 http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf	FEDERAL	2005
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	RESOLUÇÃO - RDC No 33, de 25 DE FEVEREIRO DE 2003 http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/33.pdf	FEDERAL	2004





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quilômicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	RESOLUÇÃO - RDC No 306, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004 http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ebe26a00474597429fb5df3bc4c6735/RDC_306.pdf?MOD=AJPERES	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	ABNT NBR ISO 31000. DE 30 DE NOVEMBRO DE 2009 http://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf	FEDERAL	2009
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	PORTARIA INTERMINISTERIAL MSMET No 482, DE 16 DE ABRIL DE 1999 http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_482.pdf	FEDERAL	1999
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 06 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2006
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 07 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1998



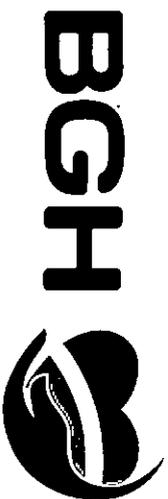


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 08 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 09 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1994
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 10 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2005
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 11 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 12 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 13 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 14 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 15 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2002



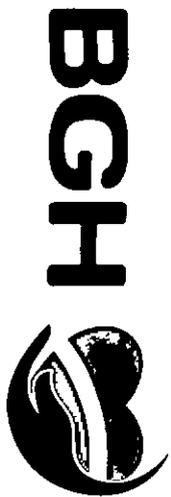


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 16 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 17 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2003
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 20 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1978
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 23 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2007
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 24 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1993
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 26 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2011
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 27 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1995
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 28 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	1992



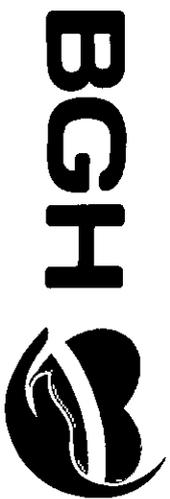


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 32 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2011
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	NORMA REGULADORA 35 http://portal.mte.gov.br/portal-mte/	FEDERAL	2012
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	LEI No 10.205, DE 21 DE MARÇO DE 2001 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10205.htm#art28	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	PORTARIA N° 2.135, de 22 DE DEZEMBRO DE 1994 http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.indaiatuba.sp.gov.br%2Fdownload%2F157%2F&ei=Q8H4Uuj_ILKqsASG54DoBw&usg=AFQjCNGXpWKoYrUL-EPzglSFKrnmCVfG9g&bvm=bv.60983673,d.cWc&cad=rja	FEDERAL	1994





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quimicos.

COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	PORTARIA No 1.353, DE 13 DE JUNHO DE 2011 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudel egis/gm./2011/prt1353_13_06_2011.h tml	FEDERAL	2011
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	PORTARIA No 1.376, DE 19 DE NOVEMBRO DE 1993 http://www.google.com.br/url?sa=t&rc t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&v ed=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F% 2Fsa.saude.gov.br%2Flegisla%2Fle gisla%2Fhemo%2FGM_P1376_93he mo.doc&ei=N8L4UrmgNKjksASShoK wCg&usg=AFQjCNHJ4Rk_x4cQWH Q_4L9HWfemVXpqkQ&bvm=bv.6098 3673,d.cWc&cad=rja	FEDERAL	1993
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	PORTARIA No 721, DE 9 DE AGOSTO DE 1989 http://redsang.ial.sp.gov.br/site/docs_1 eis/ps/ps30.pdf	FEDERAL	1989





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes, quínicos.



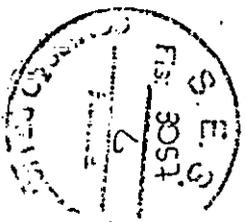
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	RESOLUÇÃO - RDC No 149, DE 14 DE AGOSTO DE 2001 http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/RDC%20149%20de%2014%2008%202001.pdf	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	RESOLUÇÃO - RDC No 153, DE 14 DE JUNHO DE 2004 http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_153.pdf	FEDERAL	2004
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	RESOLUÇÃO - RDC No 343, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2002 http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.indaiatuba.sp.gov.br%2Fdownload%2F154%2F&ei=78P4UqQGrcuwBlmugfAN&usg=AFQjCNFwroegq8iENtORjFOggriwAv3fBQ&bvm=bv.60983673,d.cWc&cad=rja	FEDERAL	2002



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	RESOLUÇÃO COFEN - N o 306 DE 2006 http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3062006_4341.html	FEDERAL	2006
COMISSÃO DE HEMOTERAPIA	RESOLUÇÃO RDC No 151 DE 21 DE AGOSTO DE 2001 http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/RDC%20151%20de%2021%2008%2001.pdf	FEDERAL	2001
COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL	MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf	FEDERAL	2007
COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL	MANUAL DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL E FETAL DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf	FEDERAL	2009





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quirúrgicos.



COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	RESOLUÇÃO N.º 008 (Publicação DOM de 10/12/2005:09) http://www.campinas.sp.gov.br/bibjuri/r08-02122005.htm		2005
COMISSÃO DE PROTOCOLOS	COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – CPPAS http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Set/3/portaria-no-222-de-30-de-agosto-de-2013-estabelece		2013
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	DECRETO N.º 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977 http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/d80281.pdf	FEDERAL	1977



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quírmicos.

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	MANUAL DE PROCEDIMENTOS NA ROTINA GERAL DE ÓBITOS, NECRÓPSIAS, VERIFICAÇÕES DE ÓBITO E MEDICINA LEGAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU http://www.hc.fmb.unesp.br/wp-content/uploads/2011/02/MANUAL-DE-PROCEDIMENTOS-DE-ROTINA-DE-%C3%93BITO-2010.pdf		2011
COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE	COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE http://www.saude.rs.gov.br/upload/1366981414_CARTILHA%20PREFEITOS.pdf	FEDERAL	2013
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E SESMT	NORMA REGULADORA 04 http://ftp.feb.unesp.br/engSeg/NR-04%20%28atualizada%29.pdf	FEDERAL	2009
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE	NORMA REGULADORA 05	FEDERAL	2011





ACIDENTES E SESMT	http://www.ib.usp.br/cipa/nr_5.pdf		
COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm	FEDERAL	1986
COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	PORTARIA MS-SNVS no 272 http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d5fa69004745761c8411d43fb4c6735/PORTARIA_272_1988.pdf?MOD=AJPERES	FEDERAL	1998
COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	PORTARIA No 224, DE 23 DE MARÇO DE 2006 http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-224.htm	FEDERAL	2006



[Handwritten signature]



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quimicos.



COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	PORTARIA No 337 MS, DE 14 DE ABRIL DE 1999 http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDoQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.prosaude.org.br%2Flegislacao_2013%2Flegislacao_Textos%2FPortaria%2520MS%2520N%25C2%25BA%2520337_99_Requisitos%2520para%2520Terapia%2520Nutricional.doc&ei=fMj4UvDKBOu3sATnilGoCA&usg=AFQjCNG8hZKrhaHU6fm4yWnD63aRbjJuGQ&bvm=bv.60983673,d.cWc&cad=rja	FEDERAL	1999
COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	RESOLUÇÃO COFEN 260, DE 2001 http://sig.corenmg.gov.br/sistemas/app_v5/web200812/interna.php?menu=0&subMenu=5&prefixos=260	FEDERAL	2001

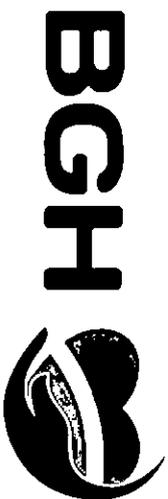


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quíricos.

COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RCD N° 63, DE 6 DE JULHO DE 2000 http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3bc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES	FEDERAL	2000
NUCLEO DE ACOLHIMENTO	LEI No 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm	FEDERAL	1990
NUCLEO DE ACOLHIMENTO	LEI No 12.010, DE 3 DE AGOSTO DE 2009 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm	FEDERAL	2009
NUCLEO DE ACOLHIMENTO	PORTARIA No 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html	FEDERAL	2011



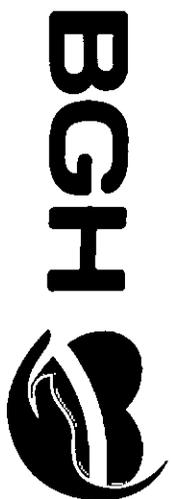


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quírmicos.



PALAVRAS CHAVES	SUMÁRIO
Registro eletrônico.	MANUAL DE CERTIFICADO PARA SISTEMAS DE REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.
Prontuário médico, obrigatório e comissão de revisão de prontuários.	Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
Sistemas informatizados, guarda e manuseio do prontuário e certificação dos sistemas de informação.	"Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.
Sistemas informatizados, guarda e manuseio do prontuário e certificação dos sistemas de informação.	"Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.
Programa de controle de infecções, Programa, Obrigatoriedade e País.	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

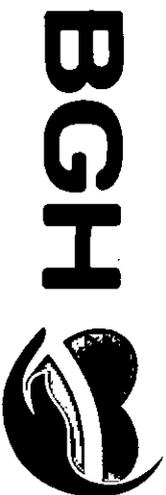


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

Programa de controle de infecções, Programa e Obrigatoriedade.	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares
Requisitos de Terapia Intensiva,	Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
Qualidade, assistência à saúde, reduzir, infecções, cumprimento e legislação sanitária.	Considerando a necessidade de implementar ações que venham contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde; considerando que ações, sistematicamente desenvolvidas para reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares, a fim de orientá-las para o exato cumprimento e aplicação das diretrizes estabelecidas pela legislação sanitária pertinente.
Exercício da Enfermagem	Regulamenta a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem.
Conselhos Federais e Regionais e outras providências	Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.
Responsabilidade técnica, ética, enfermagem e instituições.	Baixa normas para ANOTAÇÃO da responsabilidade técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência à saúde





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

Criação de comissões de ética, enfermagem.	Autorizar a criação de Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.
Aprova código de ética e enfermagem.	Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.
Aprova código de ética e enfermagem.	Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.
Legislação, enfermagem, regulamentação e exercício da profissão.	Legislação Instituidora do Sistema COFEN/CORENS, Regulamentação do Exercício da Profissão, – Legislação Complementar e Atos Normativos em vigor.
Ética médica, revisão de prontuários, óbito e controle de infecções.	Posicionamento do Conselho Federal de Medicina em relação ao funcionamento das Comissões Hospitalares (Ética Médica, Revisão de Prontuários, Revisão de Óbito e Controle de Infecção) nas oito Unidades de Pronto Atendimento – UPA's e Unidades Hospitalares Metropolitanas
Normas éticas e exercício da profissão.	Normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.



Código de ética	Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização. O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.
Comissões de ética e estabelecimentos de saúde	Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
Comissões de ética	Regulamenta as comissões de ética para a saúde
Aprova a política nacional de assistência farmacêutica	Aprova a política nacional de assistência farmacêutica
Atribuições do Farmacêutico e comissão de farmácia e terapêutica.	Dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica.
Resíduo sólido	Resíduos sólidos – Classificação
Diretrizes básicas de proteção radiológica	Diretrizes básicas de proteção radiológica
Gerência de rejeitos radioativos em instalações radiativas	Gerência de rejeitos radioativos em instalações radiativas

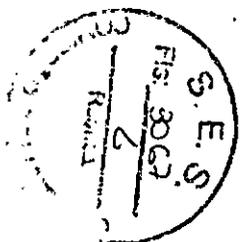




Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

Resíduos de serviços de saúde	Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde
Substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.	Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
Pilhas e Baterias	Pilhas e Baterias
tratamento e disposição final dos resíduos	Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências
Gerenciamento de resíduos	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde
Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde
Gestão de riscos	Fornece princípios e diretrizes genéricas para a gestão de riscos.
Gás óxido de etileno e agente esterilizante	Uso do gás óxido de etileno como agente esterilizante de materiais médico hospitalares, e a evolução das tecnologias para o seu emprego.
EPI	Equipamento de proteção individual



Handwritten signature

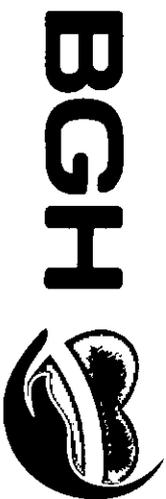


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



PCMSO	Programa de controle médico de saúde ocupacional
Edificações	Edificações
PPRA	Programa de prevenção de riscos ambientais
Instalações e Eletricidade	Segurança em instalações em serviços em eletricidade
Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais	Transporte, movimentação, armazenagem e manuseio de materiais
Máquinas e equipamentos	Máquinas e equipamentos
Caldeiras e vasos de pressão	Caldeiras e vasos de pressão
Fornos	Fornos
Atividades e operações insalubres	Atividades e operações insalubres
Atividades e operações perigosas	Atividades e operações perigosas
Ergonomia	Ergonomia
Líquidos combustíveis e inflamáveis	Líquidos combustíveis e inflamáveis
Proteção contra incêndios	Proteção contra incêndios

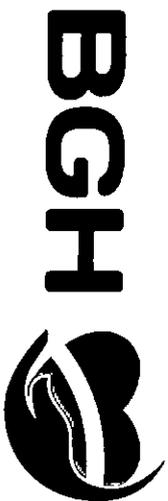


Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quínicos.

Condições sanitárias, conforto e locais de trabalho	Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho
Sinalização de segurança	Sinalização de segurança
Registro, técnico de segurança do trabalho e ministério do trabalho	Registro profissional do técnico de segurança do trabalho no ministério do trabalho
Fiscalizações e penalidades	Fiscalizações e penalidades
Segurança, saúde, trabalho e serviços de saúde	Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde
Trabalho em altura	Trabalho em altura
Coleta, processamento, estocagem, distribuição, aplicação do sangue e ordenamento institucional	Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências.
Coleta, processamento, transfusão de sangue, componentes e derivados.	Aprova alterações na Portaria 1376/93 de 19.11.93, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.
Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.	Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quirúrgicos.

Coleta, processamento, transfusão de sangue, componentes e derivados.	Aprova alterações na Portaria no 721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências.
Comercialização, captação de recursos humanos, coleta. Transporte de hemoderivados	Normas sobre comercialização, captação de recursos humanos, coleta. Transporte de hemoderivados
Sistema nacional de informação de sangue e hemoderivados	Objetiva a estruturação do Sistema Nacional de Informação de Sangue e Hemoderivados, as instituições executoras de atividades hemoterápicas, públicas e privadas e entidades filantrópicas ficam obrigadas a encaminhar, mensalmente, às Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais o formulário do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica - HEMOPROD.
Procedimentos hemoterápicos, coleta. Processamento, testagem, armazenamento, transporte, controle de qualidade e uso do sangue humano	Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.
Qualidade na coleta, responsabilidade, procedimentos de segurança e padronização	Considera a qualidade na coleta, a responsabilidade, os procedimentos de segurança e a padronização dos hemoderivados.

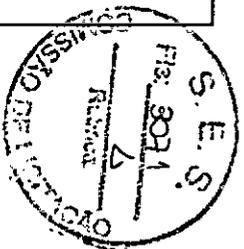




Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes quíricos.

Competencias e atribuições do enfermeiro	Fixa as competências e atribuições do enfermeiro na área de hemoterapia
Níveis de complexidade e serviços de hemoterapia	Aprova o regulamento técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia,
Redução da mortalidade materna e neonatal	Redução da mortalidade materna e neonatal
Redução da mortalidade infantil e neonatal	Redução da mortalidade infantil e neonatal
Padronização de medicamentos, insumos hospitalares, equipamentos médicos e mobiliário	Regulamentar, avaliar e instituir procedimentos quanto à padronização de medicamentos, insumos hospitalares, equipamentos médicos e mobiliário
Comissão permanente de protocolos de atenção à saúde	Estabelece normas gerais e cria o Regimento Interno da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Residência Médica	Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências
Óbitos, necrópsias, verificações de óbito e medicina legal	Procedimentos para óbitos, necrópsias, verificações de óbito e medicina legal
Vigilância em saúde	Vigilância em saúde





Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.

SESMT	Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho.
CIPA	Comissão interna de prevenção de acidentes
Regulamentação do exercício da enfermagem	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.
Requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral	Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral
Alta complexidade em terapia nutricional e centros de referência	Defini Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e suas aptidões e qualidades
Requisitos mínimos para terapia de nutrição enteral	Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral
Especialidades de enfermagem e competência do enfermeiro	Fixa como Especialidades de Enfermagem, de competência do Enfermeiro
Requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição parenteral	Fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral
Estatuto da criança e do adolescente	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.



Handwritten initials



Adoção, Estatuto da criança e do adolescente e CLT 7 0	Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências.
Atenção básica e estratégia e saúde da família	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia e Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Handwritten signature

**COMISSÕES OBRIGATÓRIAS****3.2.1.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR****3.2.1.1.1. PROPOSTA**

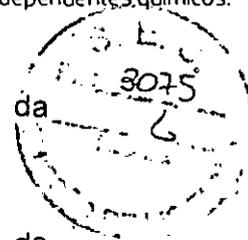
A importância da CCIH não é somente a de prevenir e combater a infecção hospitalar, beneficiando assim toda a população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico.

A Comissão atende à Lei 9.431 de 6 de dezembro de 1997, Portaria MS 2.616 de 12/5/1998 e Instrução Normativa 4 de 24/2/2010 da Anvisa, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução retro.

Devem ser mantidos arquivados os documentos que comprovem a legalidade de sua existência, as rotinas de sua funcionalidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, e estes índices de infecção devem ser mantidos dentro dos limites aceitáveis.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação das CCIH, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com as particularidades do hospital. Medidas no combate à infecção para o grande hospital, com enorme corpo clínico e atendimento em todas as áreas médicas, evidentemente mais suscetíveis às infecções, podem ser diferentes das do pequeno hospital, com menor corpo clínico e especializado; entre estes extremos, têm-se as inúmeras variáveis.

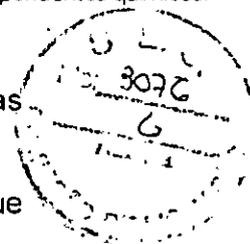
A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por membros executores e membros consultores. Os membros executores são profissionais de nível superior que atuem no HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, sendo 2 médicos com título de especialidade em infectologia e 4 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIH. Além desses profissionais, haverá membros



consultores que são os representantes das clínicas, da enfermagem e da farmácia, sendo os mesmos indicados pelas respectivas áreas.

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar;
- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais;
- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares;
- Padronização de Antimicrobianos;
- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar;
- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar.
- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Participar da equipe de padronização de medicamentos;
- Prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Controle de limpeza da caixa de água;
- Controlar o uso de antibiótico;
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares;
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção;
- Fazer análise microbiológica da água.
- Participar da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente, buscando a qualidade juntamente com a atuação de Educação Permanente;
- O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;



- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

3.2.1.1.2. REGIMENTO INTERNO DA CCIH

CAPÍTULO I - DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

Art. 1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é o órgão encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 1º. Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC nº 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIH tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

§ 2º. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Instituição.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO



Art. 2º. A composição se faz com membros consultores (núcleo consultor) e executores (núcleo executor) com formação universitária.

Art. 3º. Os membros consultores deverão ser representantes dos seguintes serviços:

I. Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);

II. Serviço de enfermagem;

III. Serviço de farmácia;

Art. 4º. Os membros do núcleo executor deverão ter carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais. No caso do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, serão:

I. 2 médicos com título de especialidade em infectologia;

II. 4 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIH.

III. 4 Técnicos de enfermagem treinados e com dedicação exclusiva para o SCIH.

§ 1º. Além dos profissionais acima, a Diretoria do Hospital deverá disponibilizar pelo menos um funcionário administrativo exclusivo para a CCIH.

§ 2º. Os enfermeiros executores deverão obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

CAPÍTULO III - MANDATO:

Art. 5º. O mandato dos membros consultores da CCIH será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica do Hospital.





Art. 6º. Os membros do núcleo executor da CCIH fazem parte do quadro de funcionários do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, e como tal não terão prazo limite para o mandato.



Art. 7º. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada 12 meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 8º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

§ Único. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO IV - SEDE

Art. 9º. A sede da comissão será uma sala ou salas exclusivas a serem disponibilizadas pelo hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso à infraestrutura de administrativa informatizada.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 10º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 11º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 12º. A reunião só acontecerá se houver “quórum” de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.



Art. 13º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.



Art. 14º. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16º. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

§ Único. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO V - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I. Participar da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;



a. O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;

b. Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

c. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; do uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

II. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

III. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

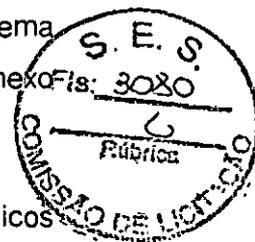
Art. 20º - Compete ao Núcleo Executivo da CCIH:

I. Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;

II. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;

III. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

IV. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;





V. Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;



VI. Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;

VII. Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções nosocomiais no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

- a. Taxa de Infecção Hospitalar;
- b. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- c. Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- d. Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Unidade de Terapia Intensiva;
- e. Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- f. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- g. Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.

VIII. Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares;

IX. Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais e Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;



X. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;

XI. Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XII. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;

XIII. Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

Art. 21º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu vice-presidente;

III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento da CCIH.

§ 1º. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2º. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.



§ 3º. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 22º. São atribuições e competências do funcionário administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço de secretaria.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da CCIH, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

Art. 24º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 25º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria da instituição.

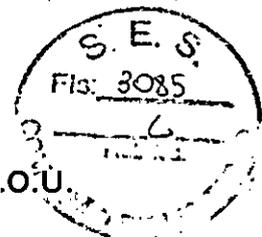
Goiânia,..... de..... de.....

Responsável pela Instituição. Diretor Técnico



**3.2.1.1.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL CCIH	
MÊS	ATIVIDADES
1	Realizar a Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção;
2	Realizar a Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais; Realizar a Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares;
3	Realizar a Padronização de Antimicrobianos;
4	Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
5 a 12	<p>Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;</p> <p>Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;</p> <p>Participar da equipe de padronização de medicamentos;</p> <p>Prevenir e controle das infecções hospitalares;</p> <p>Controlar de limpeza da caixa de água;</p> <p>Controlar no uso de antibiótico;</p> <p>Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;</p> <p>Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do CCIH;</p>



LEGISLAÇÃO PERTINENTE À CRIAÇÃO DA CCIH

Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998, publicada no D.O.U. 13/05/98

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

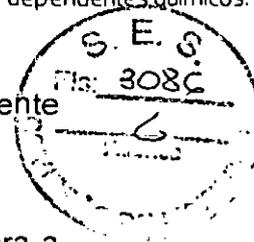
Considerando as determinações da lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas";

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que promovem a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;



Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º. Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º. As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º. A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º. A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º. Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º. Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

**3.2.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA****3.2.1.2.1. PROPOSTA**

A **Comissão de Ética Médica** ^{CEM} constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

A Comissão de Ética Médica tem total autonomia em relação à instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do hospital.

É obrigatória a constituição da Comissão de Ética Médica para estabelecimentos hospitalares que tenham mais de 16 médicos.

A constituição da mesma deve seguir o art. 4º e alíneas do Anexo da resolução CFM 1.657/2002.

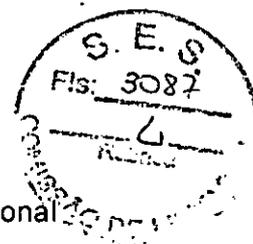
Os membros são: 1 Presidente, 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de médicos do estabelecimento hospitalar, eleitos por voto secreto do corpo clínico.

No caso do HUGO 2 o quadro final de médicos ensejará uma comissão de ética com 6 membros e 6 suplentes.

3.2.1.2.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES**

Art. 1º. A Comissão de Ética Médica do **HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2**, constitui, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade da instituição médica, estando a ele vinculada. Tem funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º. A Comissão de Ética está vinculada ao Conselho Regional de Medicina e mantém a sua autonomia em relação à instituição onde atua, não podendo





ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.



§ Único. Cabe ao Diretor Técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º. A Comissão de Ética será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º. A Comissão de Ética será instalada nos termos do artigo 1º deste Regulamento, e composta por um número de membros definido pela quantidade de médicos da instituição, de acordo com orientação do CFM expressa em seguida:

I. Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

II. Na instituição que possuir de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

III. Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

IV. Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

V. Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

VI. Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora, localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos



de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.



Art. 5º. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

§ Único. Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º. O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Art. 7º. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficial tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

§ Único. Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 10º. Compete à Comissão de Ética:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico,



bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. Verificar se HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 está regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

X. Atender às convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;



XII. Fornecer subsídios à Direção do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII. Orientar o público usuário do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11º. Compete aos membros da Comissão de Ética:

I. Eleger o presidente e secretário;

II. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12º. Compete ao presidente da Comissão de Ética:



- V. Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- VI. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- VII. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- VIII. Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- IX. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- X. Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.



Art. 13º. Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 14º. A escolha dos membros da CEM do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, será feita mediante



eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do hospital, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15º. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16º. Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17º. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18º. O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19º. A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único. Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.



Art. 20º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.



Art. 21º. O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir as dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22º. Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23º. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 24º. A Comissão de Ética deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

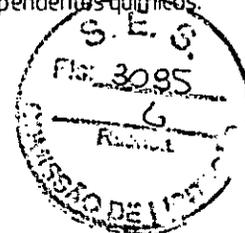
Art. 25º. Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26º. Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Art. 27º. As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28º. A sindicância será instaurada mediante:

a. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;



- b. Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;
- c. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d. Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e. Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29º. Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30º. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31º. O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único. Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33º. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34º. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre



as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.



§ 1º. Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º. Não havendo a conciliação de que trata o "caput" do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35º. Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Art. 36º. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 37º. O presente regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia,....de....de.....

Diretor Técnico Diretor Clínico

**3.2.1.2.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL****CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

MÊS	ATIVIDADES
1	Convocação da eleição que será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.
2	Eleição da CEM
3 a 12	<p>ATIVIDADES</p> <p>a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;</p> <p>b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;</p> <p>c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;</p> <p>d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;</p> <p>e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;</p> <p>f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;</p> <p>b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;</p> <p>c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;</p> <p>d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;</p> <p>e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;</p> <p>f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.</p>

**3.2.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM****3.2.1.3.1. PROPOSTA**

A Comissão de Ética da Enfermagem está regulamentada pela resolução do COFEN 160/93.

Estabelece a obrigatoriedade da Comissão, com os objetivos definidos, conforme apresentado no Regimento da Comissão de Ética da Enfermagem, a seguir.

A sua composição deve ser: enfermeiro e técnico de enfermagem, eleitos pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem em votação secreta, pelos profissionais de enfermagem contratados pelo HUGO 2.

3.2.1.3.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM**CAPÍTULO I - DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO**

Art.1º. A Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 (CEE), visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões neste Hospital.

Art.2º. A Comissão de Ética da Enfermagem terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada no HUGO 2.

Art.3º. A Comissão de Ética da Enfermagem deverá ser constituída por profissionais de enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

§1º. O serviço de enfermagem será o único com representação de profissionais de nível superior e nível técnico.

§2º. Na primeira gestão a Comissão de Ética da Enfermagem será constituída por solicitação da Diretoria Geral e Técnica do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, sendo seus



membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3°. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários da enfermagem do Hospital e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4°. O Coordenador será designado pelo Diretor Geral, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética da Enfermagem.

§5°. A Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, será composta por 01(um) Presidente, 01(um Secretário), 2 representantes da enfermagem e 2 representantes dos técnicos de enfermagem como membros efetivos e igual número de suplentes.

Art.4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética da Enfermagem não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

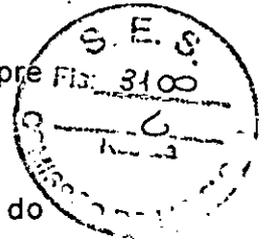
CAPITULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética da Enfermagem:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades de enfermagem, atentando para que as condições de trabalho, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito do regimento interno do Hospital.

II. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética da Enfermagem.

III. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.



IV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.

V. Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro de enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes da enfermagem.

VI. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética da Enfermagem.

VII. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.

VIII. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações da enfermagem com o HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

IX. Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.

X. Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional de enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

XI. Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.

XII. Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional da enfermagem, bem como a qualidade do atendimento prestado ao usuário, sugerindo, ao Hospital, as modificações necessárias.

Art. 6º. Não caberá à Comissão de Ética da Enfermagem analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos e SAC do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2/SES.



Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética da Enfermagem poderá assessorá-los.



CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º. Compete ao Presidente:

- I. Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética da Enfermagem.
- II. Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética da Enfermagem.
- III. Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.
- IV. Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética da Enfermagem e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.
- V. Representar a Comissão de Ética da Enfermagem ou designar quem o faça, quando necessário.
- VI. Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética da Enfermagem em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.
- VII. Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.
- IX. Outros assuntos correlatos.

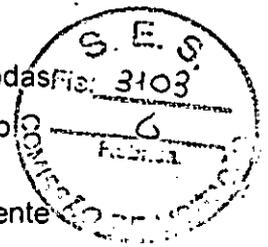


Art. 8º. Compete aos Membros Titulares:

- I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética da Enfermagem - CEE.
- II. Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética da Enfermagem – CEE.
- III. Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.
- IV. Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.
- V. Debater a matéria e os processos em discussão.
- VI. Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.
- VII. Convocar reuniões extraordinárias.
- VIII. Relatar os expedientes da Comissão de Ética da Enfermagem.
- IX. Comparecer às reuniões da Comissão de Ética da Enfermagem, quando convocado pelo Presidente.
- X. Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.
- XI. Representar a Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9º. Compete ao Membro Suplente:

- I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética da Enfermagem.



II. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direito a voz e voto;

III. Participar das reuniões da Comissão de Ética da Enfermagem juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10°. Compete ao Secretário:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética da Enfermagem.

III. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética da Enfermagem.

§ 1°. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

a. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética da Enfermagem;

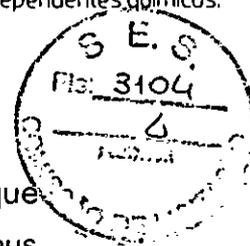
b. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética da Enfermagem;

c. Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

d. Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

e. Outras atividades afins.

§ 2°. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões -HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

**CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

Art. 11º. A Comissão de Ética da Enfermagem reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra funcionários do quadro de enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, por inobservância do Código de Ética da Enfermagem, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética da Enfermagem.

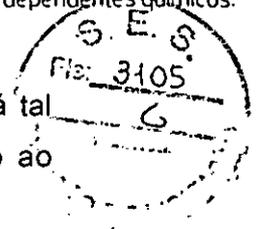
Art. 12º. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13º. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética da Enfermagem, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14º. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através do SAC.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão o SAC deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética da Enfermagem para apuração dos fatos.

§ 1º - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.



§ 2º - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3º - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética da Enfermagem ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V - DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15º. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética da Enfermagem poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1º - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética da Enfermagem ou por terceiros convocados ou convidados pela presente Comissão.

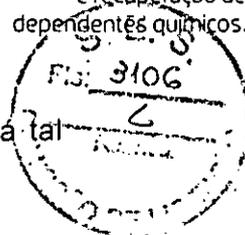
Art. 16º. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética da Enfermagem nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética da Enfermagem reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética da Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18º. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem para a competente tramitação.

Art. 19º. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética da Enfermagem poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.



§ 1º. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética da Enfermagem lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2º. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Enfermagem para providências administrativas cabíveis.

Art. 20º. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética da Enfermagem terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO VI - DAS ELEIÇÕES

Art. 21º. Os membros da Comissão de Ética da Enfermagem deverão ser funcionários e profissionais do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

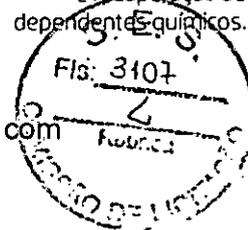
Art. 22º. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23º. Os candidatos à Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24º. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25º. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26º. A composição da Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2



será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27º. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28º. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29º. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

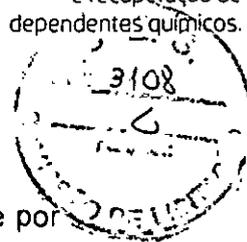
Art. 30º. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para o Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 32º. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética da Enfermagem e em terceira instância ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 33º. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Geral, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

**CAPITULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 34º. Os membros da Comissão de Ética da Enfermagem devem dar-se por impedidos quando forem:

- I. Parte da causa;
- II. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;
- III. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;
- IV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

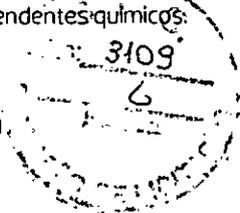
§ 1º. poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética da Enfermagem, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2º. Compete à própria Comissão de Ética da Enfermagem decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35º. A Comissão de Ética da Enfermagem será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36º. As ausências dos membros da Comissão de Ética da Enfermagem em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37º. Este Estatuto poderá ser alterado quando:



Parágrafo 1º : Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética da Enfermagem, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Parágrafo 2º : Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38º. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética da Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

Art. 39º. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética da Enfermagem.

Goiânia,.....de..... de.....

Assinam:

DIRETOR TÉCNICO e DIRETOR GERAL



3.2.1.3.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM - CEE	
MÊS	ATIVIDADES
1 e 2	<p>Os membros da Comissão de Ética da Enfermagem serão funcionários e profissionais do Hospital.</p> <p>A convocação da 1ª eleição (após 1 ano do início das operações do HUGO 2) será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Fica claro que a 1ª Comissão será indicada pelo Diretor Técnico e terá mandato de 1 (um) ano.</p> <p>Os candidatos à Comissão de Ética da Enfermagem - HUGO 2, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.</p> <p>Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.</p>
DE 3 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <p>Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades de enfermagem, atentando para que as condições de trabalho da categoria profissional, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito deste Hospital.</p> <p>Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.</p> <p>Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.</p> <p>Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional de enfermagem do HUGO 2, promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.</p> <p>Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.</p> <p>Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações de enfermagem do HUGO 2.</p> <p>Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.</p> <p>Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e a SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional do HUGO 2.</p> <p>Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia ao Conselho Regional de de Enfermagem, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.</p> <p>Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias</p>

[Handwritten signature]



3.2.1.4. COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR

3.2.1.4.1. PROPOSTA

A criação da Comissão de Ética Multidisciplinar abrange as seguintes categorias profissionais que militarão no HUGO 2: psicologia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e fisioterapia, cujos representantes serão eleitos em votação secreta pelos profissionais dessas áreas, contratados pelo HUGO 2, sendo que a primeira Comissão, em virtude de o hospital ser novo, será indicada pela Chefias dos serviços, e terá mandato de 1 (um) ano, conforme detalhado adiante.

Comissões de ética são órgãos consultivos, multidisciplinares e independentes, cujas atividades são regidas por um regulamento específico como previsto no artigo 11º do Decreto-Lei 97/95.

É função da Comissão de Ética estar sempre atenta aos padrões de ética no exercício das ciências às quais a comissão responde. Tudo é voltado para proteger e garantir a dignidade e integridade humanas e o proteger o exercício dos profissionais da saúde. A Comissão de Ética Multidisciplinar analisa e reflete sobre temas da prática dos profissionais da saúde que envolvam questões éticas e emite pareceres sobre os mesmos. Abordará também questões de assédio moral.

3.2.1.4.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR

CAPÍTULO I - DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1º. A Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 (CEM),[?] visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas neste Hospital.



Art.2°. A Comissão de Ética Multidisciplinar terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a designada neste Hospital.



Art.3°. A Comissão de Ética Multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social do quadro de funcionários do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

§1°. Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

§2°. Na primeira gestão a Comissão de Ética Multidisciplinar será constituída por solicitação e indicação da Diretoria Geral e Técnica do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3°. Nas gestões subseqüentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários do hospital, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4°. O Coordenador será designado pelo Diretor Geral, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§5°. A Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um Secretário), 1 representante da fonoaudiologia, 1 representante da psicologia, 1 representante da nutrição, 1 representante da terapia ocupacional, 1 representante da fisioterapia e 1 representante do serviço social como membros efetivos e igual número de suplentes.

Art.4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética e Multidisciplinar não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

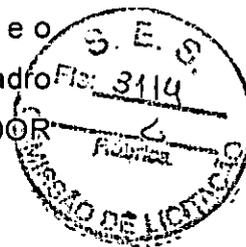
**CAPITULO II - DAS ATRIBUIÇÕES**

Art. 5º. São atribuições da Comissão de Ética Multidisciplinar:

- I. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito deste Hospital.
- II. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão.
- III. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.
- IV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.
- V. Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.
- VI. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multidisciplinar.
- VII. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.
- VIII. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.
- IX. Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.



X. Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.



XI. Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Conselhos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.

XII. Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6º. Não caberá à Comissão de Ética Multidisciplinar analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos e SAC do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá assessorá-los.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.



IV. Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multidisciplinar e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.

V. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar ou designar quem o faça quando necessário.

VI. Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multidisciplinar em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.

VII. Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.

VIII. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

IX. Outros assuntos correlatos.

Art. 8º. Compete aos Membros Titulares:

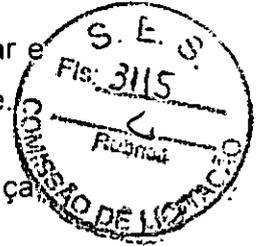
I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEM. ?

II. Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEM. ?

III. Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.

IV. Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.

V. Debater a matéria e os processos em discussão.



Comissão de
Ética Médica - CEM
?



VI. Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.

VII. Convocar reuniões extraordinárias.

VIII. Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multidisciplinar.

IX. Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar, quando convocado pelo Presidente.

X. Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.

XI. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9º. Compete ao Membro Suplente:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direito a voz e voto.

III. Participar das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10º. Compete ao Secretário:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar.





§ 1º. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:



- a. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;
- b. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar ;
- c. Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;
- d. Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;
- e. Outras atividades afins.

§ 2º. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões -HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

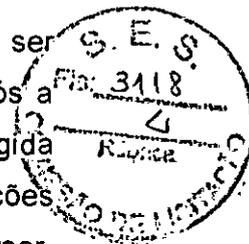
CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11º. A Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Conselhos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 12º. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.



Art. 13º. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Ética Multidisciplinar, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.



Art. 14º. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através do SAC do HUGO 2.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão o SAC deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multidisciplinar para apuração dos fatos.

§ 1º - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

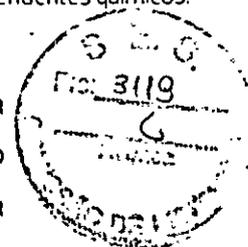
§ 2º - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3º - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multidisciplinar ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V - DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15º. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1º - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multidisciplinar, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.



§ 2º - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multidisciplinar que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 16º. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18º. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Conselhos Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19º. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.

§ 1º. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multidisciplinar lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2º. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado aos Conselhos Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20º. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.



Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar terão acesso às atas e arquivos do fato.



CAPÍTULO VI - DAS ELEIÇÕES

Art. 21º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar deverão ser funcionários e profissionais do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art. 22º. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23º. Os candidatos à Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24º. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25º. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

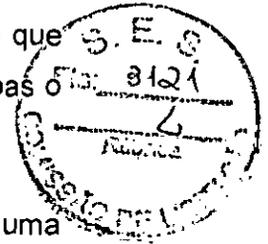
Art. 26º. A composição da Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27º. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28º. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.



Art. 29º. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).



Art. 30º. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para os Conselhos Profissionais representados.

Art. 32º. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética Multidisciplinar e terceira instância aos Conselhos respectivos.

Art. 33º. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Geral, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar devem dar-se por impedidos quando forem:

I. Parte da causa;

II. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;



III. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

IV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1º. poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2º. Compete à própria Comissão de Ética Multidisciplinar decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35º. A Comissão de Ética Multidisciplinar será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36º. As ausências dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37º. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multidisciplinar, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

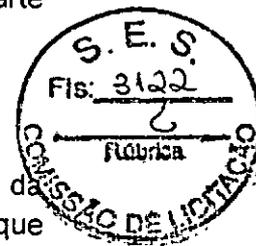
Art. 38º. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2.

Art. 39º. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multidisciplinar.

Goiânia,.....de..... de.....

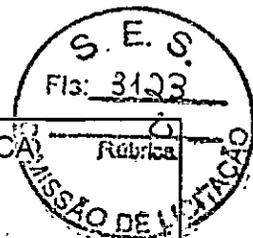
Assinam:

DIRETOR TÉCNICO e DIRETOR GERAL





3.2.1.4.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR	
MÊS	ATIVIDADES
1 e 2	Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar serão funcionários e profissionais do Hospital. A indicação dos membros será feita pelas chefias dos serviços a partir de edital emitido pelo Diretor Técnico do HUGO 2. Os nomes dos escolhidos serão divulgados no prazo máximo de 30 dias a partir do edital.
DE 3 A 12	<p>Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito deste Hospital.</p> <p>Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.</p> <p>Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.</p> <p>Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar do HUGO 2, promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.</p> <p>Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.</p> <p>Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais do HUGO 2.</p> <p>Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.</p> <p>Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e a SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional do HUGO 2.</p> <p>Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Conselhos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.</p> <p>Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias</p>

**3.2.1.5. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS****3.2.1.5.1. PROPOSTA**

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é fundamental para garantir a qualidade e a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes atendidos no HUGO 2.

A comissão também propicia a identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas estas que podem acarretar sérios problemas jurídicos, inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas para a SES-GO tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

Essa comissão está prevista pelo CFM através da Resolução 1.638 de 2002.

E será implantada no HUGO 2, conforme as regras definidas no Regimento a seguir, e com os membros também previstos no regimento em tela.

3.2.1.5.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO**CAPÍTULO I - DA COMPOSIÇÃO E DA SEDE**

Art. 1º. A Comissão Permanente de Prontuário do HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2 será constituída por 6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clínico, sendo representado pelas seguintes áreas:

- I. Enfermagem – 02 (dois);
- II. Médicos – 04 (quatro) e Residentes – 02 (dois);
- III. Farmácia – 01 (um);
- IV. Faturamento – 01 (um);
- V. Arquivo Médico e Estatística – 01 (um);
- VI. Admissão e Alta – 01 (um)

§ 1º. Na primeira gestão, os seus membros serão indicados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Técnico;





§ 2º. Nas gestões seguintes, os representantes de cada área serão eleitos por seus pares e designados pelo Diretor Geral;

Art. 3º. O Coordenador e o Secretário da Comissão serão escolhidos entre os seus membros com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Art. 4º. A duração do mandato dos membros será de 02 (dois) anos.

§ 1º. A duração do mandato do coordenador e secretário será de 1 (um) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do segundo ano.

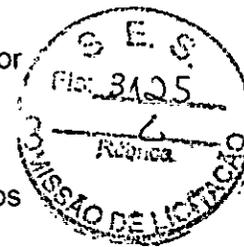
§ 2º. Recondução para o cargo de coordenador poderá ocorrer apenas uma vez.

Art. 4º. A Comissão terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser definida no Hospital.

CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º. São atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário:

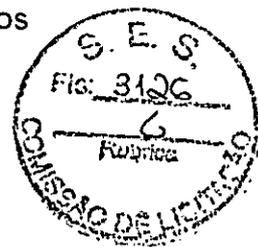
- I. estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;
- II. recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico (papel) ou eletrônico;
- III. rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;
- IV. avaliar a qualidade das anotações (registros eletrônicos) feitas no prontuário médico;
- V. Informar sobre os prontuários médicos, sobre a qualidade das anotações aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;
- VI. apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição;





VII. revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

- a. quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico;
 - b. quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;
 - c. diagnóstico provável e definido;
 - d. segmento e continuidade das prescrições;
 - e. temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros;
 - f. forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;
 - g. verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;
 - h. verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências;
- VIII. exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;
- IX. arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 (cinco) anos, no mínimo;
- X. reunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Coordenador.



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6°. A Coordenação das Comissões Permanentes (CCP) requisitará à Seção de Arquivo Médico e Estatística os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela Comissão.

Art. 7°. Uma vez recebidos os prontuários, a CCP providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.



Art. 8º. A CCP distribuirá os prontuários recebidos em escala de rodízio, entre os membros da comissão para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 9º. O relator terá um prazo de 15 (quinze) dias úteis para elaborar o seu parecer.

§ Único. O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Coordenador, em casos excepcionais.

Art. 10º. Nos dias de reunião ordinária da Comissão, os relatores apresentarão seus pareceres, que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 11º. Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94.

Art. 12º. As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões – HUGO 2, para apreciação junto ao coordenador da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. Três ausências consecutivas implicam no desligamento e substituição do membro faltoso.

Art 13º. Este estatuto poderá ser alterado:

- I. após avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
- II. pelas eventuais exigências de novas legislações pertinentes ao assunto;
- III. em ambos os casos, por proposta da maioria simples da Comissão ou do Diretor Técnico do Hospital De Urgências Governador Otávio Lage De Siqueira - HUGO 2

Goiânia, 2013.

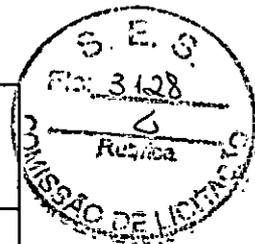
Assinam: Diretor Geral Diretor Técnico





3.2.1.5.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	
MÊS	ATIVIDADES
1	Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;
2	Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico ou eletrônico.
3 a 12	<p>ATIVIDADES</p> <p>1 - rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;</p> <p>2 - avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;</p> <p>3 - Informar sobre os prontuários médicos, com qualidade de anotações inadequadas, aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;</p> <p>4 - apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição;</p> <p>5 - revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> + quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico; + quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese; + diagnóstico provável e definido; + segmento e continuidade das prescrições; + temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros; + forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica; + verificação do seguimento e atendimento de enfermagem; + verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências; <p>6 - exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;</p> <p>7 - arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 (cinco) anos, no mínimo.</p>



Assinam o Diretor Técnico e o Coordenador do Núcleo das Comissões - HUGO 2.

**3.2.1.6. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS****3.2.1.6.1. PROPOSTA**

A Comissão de Revisão de Óbitos ^{-CRO} é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas unidades de saúde, além de permitir a correção de falhas e aprimoramento da assistência ao paciente.

Deve ser implantada obrigatoriamente em cada unidade de saúde, devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

Entre as diversas normas e regimentos que regulam a matéria, destacamos a Portaria MS 1.405 de 17/11/1993.

O HUGO 2 terá a Comissão de Revisão de Óbitos implantada assim que forem iniciadas as atividades do hospital.

3.2.1.6.2. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS**CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. Os objetivos deste Regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

CAPÍTULO II - FINALIDADE

Art. 2º. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.





§ Único. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua representatividade no hospital:

- I. Anestesiologista;
- II. Unidade de Terapia Intensiva;
- III. Patologia;
- IV. Serviço de Clínica Médica;
- V. Serviço de Cirurgia;
- VI. Serviço de Enfermagem;



Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;

Art. 5º. A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

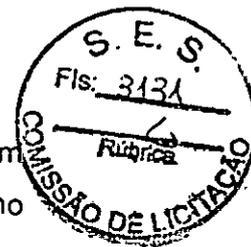
CAPÍTULO IV - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Art. 7º. O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO V - SEDE

Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

**CAPÍTULO VI - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Presidente ou Vice Presidente.



Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.



CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. São atribuições da Comissão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- II. Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III. Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- V. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes, incompletas ou não suficientemente claras;
- VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- VII. Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anátomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- VIII. Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- IX. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- X. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- XI. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;



XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

XIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Art. 20º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu Vice-Presidente;

III. Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o Regimento.

§ 1º. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

§ 2º. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 21º. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;



VI. Preparar a correspondência;

VII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.



CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o Diretor Técnico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

Art. 23º. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 24º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral.

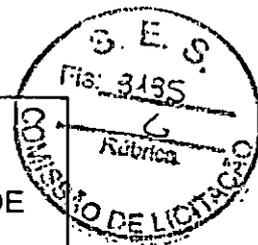
Goiânia,.....de.....de.....

Assina

DIRETOR TÉCNICO



3.2.1.6.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CROBT)	
MÊS	ATIVIDADES
1	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesiologista - Chefe do Serviço 2. Unidade de Terapia Intensiva - Chefe do Serviço 3. Serviço de Clínica Médica - Chefe do Serviço 4. Serviço de Cirurgia - Chefe do Serviço 5. Serviço de Enfermagem - Gerência de Enfermagem
DE 2 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados; • Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito; • Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos; • Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos; • Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários; • Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade); • Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos); • Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

**3.2.1.7. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E
SESMT****3.2.1.7.1. PROPOSTA**

As atribuições estão contidas na Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, na NR 05, item 5.16 do Ministério do Trabalho e Emprego.

São as seguintes as atribuições:

- 4
- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
 - b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
 - c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
 - d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
 - e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
 - f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e segurança do trabalho;
 - g) participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
 - h) requerer, ao SESMT, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;





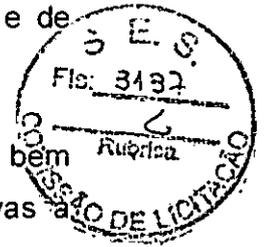
- i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- l) participar, em conjunto com o SESMT, a análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

A CIPA deverá abordar as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5

CRONOGRAMA DE REUNIÕES.

Todos os membros da CIPA devem reunir-se uma vez por mês, obedecendo a um calendário anual, estabelecido em comum acordo na primeira reunião.



**3.2.1.7.2. REGIMENTO DA CIPA - COMISSÃO INTERNA DE
PREVENÇÃO DE ACIDENTES****CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º. A CIPA será composta de representantes da administração do Hospital e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, respeitando o dimensionamento paritário.

Art. 3º. Os representantes da Administração do Hospital, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Art. 4º. As disposições contidas neste Regulamento aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos.

CAPÍTULO III - DO MANDATO

Art. 5º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 6º. É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 7º. Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na instituição sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.



Art. 8º. A Direção do Hospital deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.



Art. 9º. A Direção do Hospital designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 10. Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 11º. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância da Direção.

Art. 12º. Empossados os membros da CIPA, a Direção deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 13º. Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados, exceto no caso de encerramento atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14º. A CIPA terá por atribuição:

- I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;



III. participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação e das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Direção, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. requerer ao SESMT ou à Direção, a paralisação do setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. participar, em conjunto com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. requisitar à Direção e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;





XIII. requisitar as cópias das CAT emitidas;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho-SIPAT;

XV. participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 15º. Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 16º. Cabe aos empregados:

I. participar da eleição de seus representantes;

II. colaborar com a gestão da CIPA;

III. indicar à CIPA, ao SESMT e à Direção situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

IV. observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17º. Cabe ao Presidente da CIPA:

I. convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Direção e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

III. manter a Direção informada das atividades;

IV. delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Art. 18º. Cabe ao Vice-Presidente:

I. executar atribuições que lhe forem delegadas;





II. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 19º. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

V. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII. constituir a comissão eleitoral.

Art. 20º. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I. acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

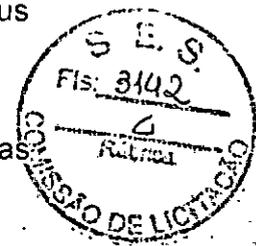
II. preparar as correspondências; e

III. outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 21º. A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22º. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal e em local apropriado.





Art. 23º. As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24º. As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho-AIT.



Art. 25º. Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III. houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 26º. As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Art. 27º. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 28º. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 29º. A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Art. 30º. No caso de afastamento definitivo do presidente, a Direção indicará o substituto, em dois dias úteis¹ preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 31º. No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

**CAPÍTULO VI - DO TREINAMENTO**

Art. 32º. A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 33º. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias¹ contados a partir da data da posse.

Art. 34º. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

II. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

III. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS, e medidas de prevenção;

IV. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

V. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

VI. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 35º. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Art. 36º. O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

Art. 37º. A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua





manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art. 38º. Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.



CAPÍTULO VII - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39º. Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso (205.040-4/ 14).

Art. 40º. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I. publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III. liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VI. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII. voto secreto;



VIII. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;



IX. faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X. guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 41º. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 42º. Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 43º. Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º. Este Regimento poderá ser aprimorado nos termos da NRS.

Art. 45º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Goiânia,..... de.....de.....

Diretor Geral



3.2.1.7.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA	
MÊS	ATIVIDADES
1	Definir local de reunião da CIPA (Diretor Administrativo)
2	Eleição dos representantes dos funcionários e indicação dos representantes do HUGO 2 e 1ª reunião para definição do plano de trabalho anual da CIPA
3 a 11 ATIVIDADES MENSAIS	<p>1 - As reuniões mensais deverão avaliar os tópicos apresentados no item PROPOSTA – 4.1.1.6.2</p> <p>2 - conferir os certificados de inspeção de vasos sob pressão, AVCB etc. ;</p>





3.2.1.7.4. ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

OBJETIVO

Promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. O SESMT é um setor voltado para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, para isso se utiliza da Portaria nº 3.214/78 e das NRs naquela contidos como diretrizes, tendo como público alvo todos os colaboradores da Instituição.

O SESMT trabalha através de ações de saúde educativas e preventivas, envolvendo conhecimentos técnicos com relação ao ambiente de trabalho, equipamentos, riscos físicos, químicos, biológicos, de acidentes e ergonômicos existentes nos ambientes do trabalho entre outros fatores, com a finalidade de preservar a integridade dos colaboradores.

Dentro dos programas desenvolvidos constam os exigidos na Portaria 3.214/78 do MTb, como PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), PPR, (Programa Prevenção Respiratória) e os procedimentos multidisciplinares realizados como: treinamentos, controle de vacinas, inspeção nos setores, entrosamento permanente com a CIPA, confecções de cartazes educativos e demais atividades pertinentes a prevenção e proteção da saúde dos colaboradores e frequentadores da Instituição.

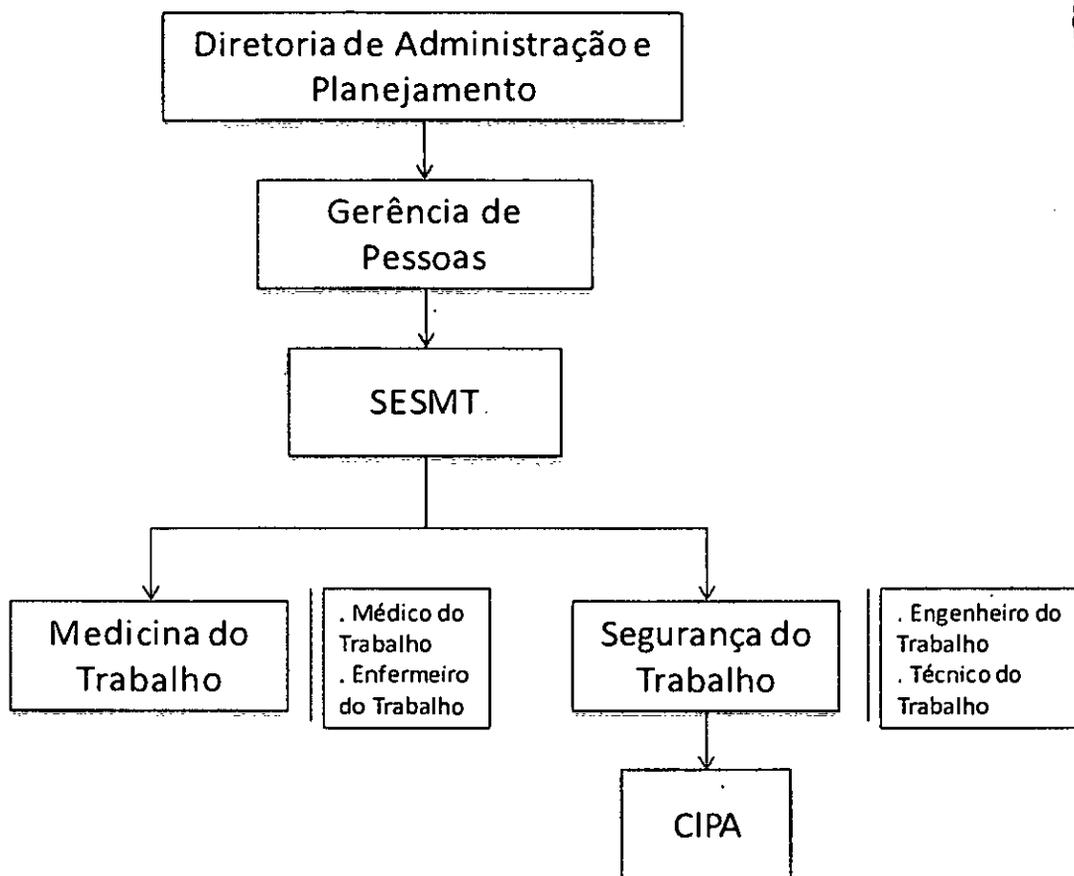
CONSTITUIÇÃO

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (item 4.1 NR 04).





FLUXOGRAMA SESMT E CIPA



O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II (Anexo 02) (item 4.2 NR 04).

As empresas que possuam mais de 50% (cinquenta por cento) de seus empregados em estabelecimentos ou setor com atividade cuja gradação de risco seja de grau superior ao da atividade principal deverão dimensionar os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, em função do maior grau de risco, obedecido o disposto no Quadro II da NR 04 (item 4.2.2 NR 04).

A empresa poderá constituir Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho centralizado para atender a um conjunto de estabelecimentos pertencentes a ela, desde que a distância a ser percorrida



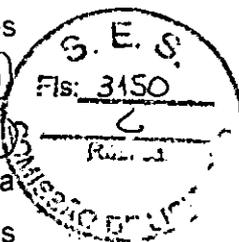
entre aquele em que se situa o serviço e cada um dos demais não ultrapasse a 5.000 (cinco mil) metros, dimensionando-o em função do total de empregados e do risco, de acordo com o Quadro II, e o item 4.2.2 NR 04 (item 4.2.3 NR 04). Havendo, na empresa, estabelecimento(s) que se enquadre(m) no Quadro II desta NR, e outro(s) que não se enquadre(m), a assistência a este(s) será feita pelos serviços especializados daquele(s), dimensionados conforme os subitens 4.2.5.1 e 4.2.5.2 e desde que localizados no mesmo Estado, Território ou Distrito Federal (item 4.2.4 NR 04).

Havendo, na mesma empresa, apenas estabelecimentos que, isoladamente, não se enquadrem no Quadro II, o cumprimento desta NR será realizada através de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho centralizados em cada estado, território ou Distrito Federal, desde que o total de empregados dos estabelecimentos no estado, território ou Distrito Federal alcance os limites previstos no Quadro II, aplicado o disposto no item 4.2.2 (item 4.2.5 NR 04).

Para as empresas enquadradas no grau de risco 01 o dimensionamento dos serviços referidos no item 4.2.5 obedecerá ao Quadro II, considerando-se como número de empregados o somatório dos empregados existentes no estabelecimento que possua o maior número e a média aritmética do número de empregados dos demais estabelecimentos, devendo todos os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, assim constituídos, cumprirem tempo integral (item 4.2.5.1 NR 04).

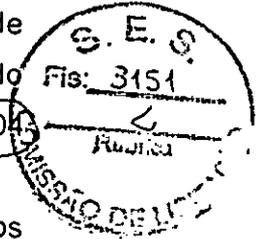
Para as empresas enquadradas nos graus de risco 02, 03 e 04, o dimensionamento dos serviços referidos no item 4.2.5 obedecerá ao Quadro II, considerando-se como número de empregados o somatório dos empregados de todos os estabelecimentos (item 4.2.5.2 NR 04).

As empresas enquadradas no grau de risco 01 obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e que possuam outros serviços de medicina e engenharia poderão integrar estes serviços com os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho constituindo um serviço único de engenharia e medicina (item 4.3 ao 4.3.4 NR 04).





Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, obedecido o Quadro II NR 04 (item 4.4 NR 04).



Para fins desta NR, as empresas obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão exigir dos profissionais que os integram comprovação de que satisfazem os seguintes requisitos (item 4.4.1 NR 04):

- a) Engenheiro de Segurança do Trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pós-graduação;
- b) Médico do Trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;
- c) Enfermeiro do Trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
- d) Auxiliar de Enfermagem do Trabalho - auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de auxiliar de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;
- e) Técnico de Segurança do Trabalho: técnico portador de comprovação de Registro Profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

Em relação às Categorias mencionadas nas alíneas "a" e "e", observar-se-a o disposto na Lei n.º 7.410, de 27 de novembro de 1985.

Os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser empregados da empresa, salvo os casos previstos nos itens 4.14 e 4.15 NR 04



A empresa que contratar outra(s) para prestar serviços em estabelecimentos enquadrados no Quadro II deverá estender a assistência de seus Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho aos empregados da(s) contratada(s), sempre que o número de empregados desta(s), exercendo atividade naqueles estabelecimentos, não alcançar limites previstos no Quadro II, devendo, ainda, a contratada cumprir o disposto no item 4.2.5 (item 4.5 ao 4.5.3.3 NR 04).

Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho das empresas que operem em regime sazonal deverão ser dimensionados, tomando-se por base a média aritmética do número de trabalhadores do ano civil anterior e obedecidos os Quadros I e II anexos (item 4.6 NR 04).

Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser chefiados por profissional qualificado, segundo os requisitos especificados no item 4.4.1 NR 04 (item 4.7 NR 04).

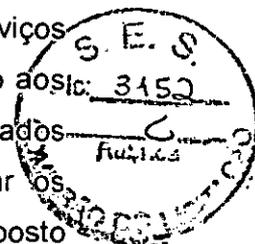
O técnico de segurança do trabalho e o auxiliar de enfermagem do trabalho deverão dedicar 08 (oito) horas por dia para as atividades dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, de acordo com o estabelecido no Quadro II (item 4.8 NR 04).

O engenheiro de segurança do trabalho, o médico do trabalho e o enfermeiro do trabalho deverão dedicar, no mínimo, 03 (três) horas (tempo parcial) ou 06 (seis) horas (tempo integral) por dia para as atividades dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, de acordo com o estabelecido no Quadro II, respeitando a legislação pertinente em vigor (item 4.9 NR 04).

Ao profissional especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho é vedado o exercício de outras atividades na empresa, durante o horário de sua atuação nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (item 4.10 NR 04).

Ficará por conta, exclusiva do empregador, todo o ônus decorrente da instalação e manutenção dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (item 4.11 NR 04).

As empresas cujos estabelecimentos não se enquadrem no Quadro II, anexo na NR 04, poderão dar assistência na área de segurança e medicina do





trabalho a seus empregados através de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho comuns, organizados pelo sindicato ou associação da categoria econômica correspondente ou pelas próprias empresas interessadas (item 4.14 ao 4.14.4.3 NR 04).

As empresas referidas no item 4.14. NR 04 poderão optar pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho de instituição oficial ou instituição privada de utilidade pública, cabendo às empresas o custeio das despesas, na forma prevista no item 4.14.1 NR 04 (item 4.15 NR 04).

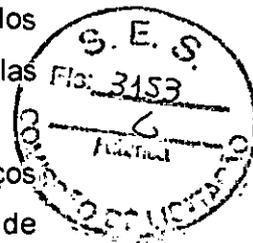
As empresas cujos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho não possuam médico do trabalho e/ou engenheiro de segurança do trabalho, de acordo com o Quadro II, poderão se utilizar dos serviços destes profissionais existentes nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho mencionados no item 4.14 NR 04 e item 4.14.1. NR 04 ou no item 4.15 NR 04 para atendimento do disposto nas Normas Regulamentadoras (item 4.16 NR 04).

O ônus decorrente dessa utilização caberá à empresa solicitante (item 4.16.1 NR 04).

Os serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho tratados na NR 04 deverão ser registrados no órgão regional do MTb (item 4.17 NR 04).

O registro referido no parágrafo anterior deverá ser requerido ao órgão regional do MTb. e o requerimento deverá conter os seguintes dados (item 4.17.1 NR 04):

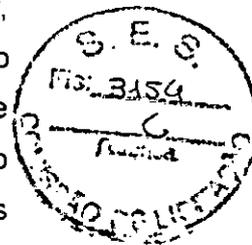
- a) nome dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- b) número de registro dos profissionais na Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do MTb;
- c) número de empregados da requerente e grau de risco das atividades, por estabelecimento;
- d) especificação dos turnos de trabalho, por estabelecimento;
- e) horário de trabalho dos profissionais dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.





A empresa é responsável pelo cumprimento da NR 04, devendo assegurar, como um dos meios para concretizar tal responsabilidade, o exercício profissional dos componentes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. O impedimento do referido exercício profissional, mesmo que parcial e o desvirtuamento ou desvio de funções constituem, em conjunto ou separadamente, infrações classificadas no grau I4, se devidamente comprovadas, para os fins de aplicação das penalidades previstas na NR 28 (Fiscalização e Penalidades – Anexo 03). (104.025-1 / I4) (item 4.19 NR 04).

Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação da NR 04, o local em que os seus empregados estiverem exercendo suas atividades (item 4.20 NR 04).



BRIGADA DE INCÊNDIO

OBJETIVO

Estabelecer os requisitos mínimos para a composição, formação, implantação e reciclagem de brigadas de incêndio, preparando-as para atuar na prevenção e no combate ao princípio de incêndio, abandono de área e primeiros-socorros, visando, em caso de sinistro, proteger a vida e o patrimônio, reduzir as consequências sociais do sinistro e os danos ao meio ambiente.

COMPOSIÇÃO, FORMAÇÃO, IMPLANTAÇÃO E RECICLAGEM DA BRIGADA DE INCÊNDIO

A composição da brigada de incêndio de cada pavimento, compartimento ou setor é determinada pelo anexo A da NBR 14276 (Anexo 05), que leva em conta a população fixa, o grau de risco e os grupos/divisões de ocupação da planta. NOTA: O grau de risco de cada setor da planta pode ser obtido no anexo C ou D da NBR 14276.

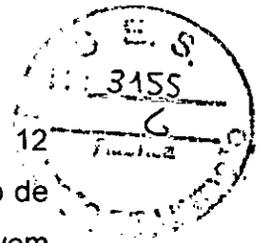
Os candidatos a brigadista devem frequentar curso com carga horária mínima definida nos anexos A e B da NBR 14276, e selecionados atendendo ao maior número de critérios descritos a seguir:

- a) permanecer na edificação durante seu turno de trabalho;
- b) possuir boa condição física e boa saúde;
- c) possuir bom conhecimento das instalações;

- d) ter mais de 18 anos;
- e) ser alfabetizado.

A validade do treinamento completo de cada brigadista é de no máximo 12 meses. Os brigadistas que concluírem o curso com aproveitamento mínimo de 70% na avaliação teórica e prática definida no anexo B da NBR 14276 devem receber certificados de brigadista, expedidos por instrutor em incêndio e instrutor em primeiros-socorros, com validade de um ano.

Para a reciclagem, o brigadista pode ser dispensado de participar da parte teórica do treinamento de incêndio e/ou primeiros-socorros, desde que seja aprovado em pré-avaliação em que obtenha 70% de aproveitamento.



ATRIBUIÇÕES DA BRIGADA DE INCÊNDIO

Ações de prevenção:

- a) conhecer o plano de emergência contra incêndio da planta;
- b) avaliar os riscos existentes;
- c) inspecionar os equipamentos de combate a incêndio, primeiros-socorros e outros existentes na edificação na planta;
- d) inspecionar as rotas de fuga;
- e) elaborar relatório das irregularidades encontradas;
- f) encaminhar o relatório aos setores competentes;
- g) orientar a população fixa e flutuante, conforme seção 6 da NBR 14276;
- h) participar dos exercícios simulados.

Ações de emergência: Aplicar os procedimentos básicos estabelecidos no plano de emergência contra incêndio da planta até o esgotamento dos recursos destinados aos brigadistas.

IMPLANTAÇÃO DA BRIGADA DE INCÊNDIO

A implantação da brigada de incêndio da planta deve seguir o anexo E da NBR 14276.

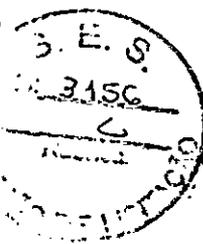
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE (NORMA REGULADORA 32)

OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO



Norma Regulamentadora 32 (Anexo 05) tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.



PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS - PPRA

O PPRA, além do previsto na NR 09 (Anexo 05), na fase de reconhecimento, deve conter:

I - identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando:

- a) fontes de exposição e reservatórios;
- b) vias de transmissão e de entrada;
- c) transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
- d) persistência do agente biológico no ambiente;
- e) estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;
- f) outras informações científicas.

II - Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:

- a) finalidade e descrição do local de trabalho;
- b) organização e procedimentos de trabalho;
- c) possibilidade de exposição;
- d) descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
- e) medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

O PPRA deve ser reavaliado 01 (uma) vez ao ano e renovado sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição aos agentes biológicos e ou, quando a análise dos acidentes e incidentes assim o determinar.

Os documentos que compõem o PPRA deverão estar disponíveis aos trabalhadores.

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO**

O PCMSO, além do previsto na NR-07 (Anexo 05), e observando o disposto no inciso I do PPRA, deve contemplar:

- a) o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos;
- b) a localização das áreas de risco segundo os parâmetros contidos no PPRA;
- c) a relação contendo a identificação nominal dos trabalhadores, sua função, o local em que desempenham suas
- d) atividades e o risco a que estão expostos;
- e) a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos;
- f) o programa de vacinação.

Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um trabalhador para outro posto de trabalho, que implique em mudança de risco, este deve ser comunicado de imediato ao médico coordenador ou responsável pelo PCMSO. Com relação à possibilidade de exposição acidental aos agentes biológicos, deve constar do PCMSO:

- a) os procedimentos a serem adotados para diagnóstico, acompanhamento e prevenção da soroconversão e das doenças;
- b) as medidas para descontaminação do local de trabalho;
- c) o tratamento médico de emergência para os trabalhadores;
- d) a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes;
- e) a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores;
- f) as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores;
- g) a relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos necessários, materiais e insumos especiais.

O PCMSO deve estar à disposição dos trabalhadores, bem como da inspeção do trabalho.





MEDIDAS DE PROTEÇÃO

As medidas de proteção devem ser adotadas a partir do resultado da avaliação, previstas no PPRA.

Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

Todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual.

Os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas devem conter lavatório em seu interior.

O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.

Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos, devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas, em linguagem acessível, das rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho.

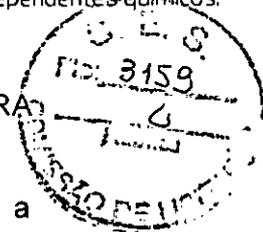
As instruções devem ser entregues ao trabalhador, mediante recibo, devendo este ficar à disposição da inspeção do trabalho.

Os trabalhadores devem comunicar imediatamente todo acidente ou incidente, com possível exposição a agentes biológicos, ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao serviço de segurança e saúde do trabalho e à CIPA.

O empregador deve informar, imediatamente, aos trabalhadores e aos seus representantes qualquer acidente ou incidente grave que possa provocar a disseminação de um agente biológico suscetível de causar doenças graves nos seres humanos, as suas causas e as medidas adotadas ou a serem adotadas para corrigir a situação.

RISCOS BIOLÓGICOS

Riscos biológicos, no âmbito das Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho, incluem-se no conjunto dos riscos ambientais, junto aos riscos físicos e químicos, conforme pode ser observado pela transcrição do



item 9.1.5 NR 09 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA
(Anexo 05).

Considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

Agentes Biológicos são microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

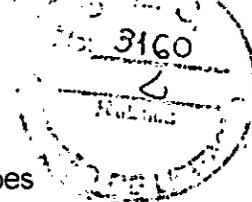
A classificação dos agentes biológicos encontra-se no anexo I desta NR
(Anexo 05).

RISCOS QUÍMICOS

Os agentes químicos são produtos ou substâncias que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Sempre que forem identificados riscos potenciais à saúde, deverão ser adotadas as medidas necessárias e suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos químicos existentes nos ambientes de trabalho. Medidas de proteção devem ser adotadas sempre que a concentração dos agentes químicos no ar atinja a metade do valor recomendado como limite de tolerância, valor esse denominado "nível de ação", de acordo com a NR-15 (Anexo 05). As ações devem incluir a adoção de medidas de proteção coletiva e individual, além da realização periódica de avaliações ambientais (medições) para o monitoramento da exposição, o controle médico sistemático e a informação aos trabalhadores.

Todos os estabelecimentos que realizam, ou que pretendem realizar, esterilização, reesterilização ou reprocessamento por gás óxido de etileno, deverão atender o disposto na Portaria Interministerial n.º 482/MS/MTE de 16/04/1999 (Anexo 05).



RISCOS FÍSICOS

Os riscos físicos são efeitos gerados por máquinas, equipamentos e condições físicas, características do local de trabalho que podem causar prejuízos à saúde do trabalhador.

Estes agentes estão descritos e classificados no Grupo 01 da NR 09 (Anexo 05).

RADIAÇÕES IONIZANTES

As radiações ionizantes são ondas eletromagnéticas de frequência muito elevada (raios X e gama), que contêm energia fotônica suficiente para produzir a ionização (conversão de átomos ou partes de moléculas em íons com carga elétrica positiva ou negativa) mediante a ruptura dos enlaces atômicos que mantêm unidas as moléculas na célula.

O atendimento das exigências desta NR, com relação às radiações ionizantes, não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde.

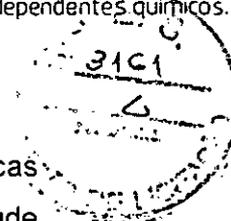
É obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Plano de Proteção Radiológica - PPR, aprovado pela CNEN, e para os serviços de radiodiagnóstico aprovado pela Vigilância Sanitária.

Toda instalação radiativa deve dispor de monitoração individual e de áreas.

Na ocorrência ou suspeita de exposição acidental, os dosímetros devem ser encaminhados para leitura no prazo máximo de 24 horas.

Deve ser elaborado e implementado um programa de monitoração periódica de áreas, constante do Plano de Proteção Radiológica, para todas as áreas da instalação radiativa.

O serviço de proteção radiológica deve estar localizado no mesmo ambiente da instalação radiativa e serem garantidas as condições de trabalho compatíveis com as atividades desenvolvidas, observando as normas da CNEN e da ANVISA.

**RISCOS ERGONÔMICOS**

Risco ergonômico é todo fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde NR 17 (Anexo 05).

São exemplos de risco ergonômicos levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho.

Adequar ergonômicamente significa colocar cada trabalhador num posto de trabalho compatível com suas condições físicas e mentais, diminuindo a fadiga e fornecendo-lhe ferramentas adequadas que lhe permitirão realizar tarefas com o menor custo ao organismo, reduzindo ao máximo os acidentes de trabalho.

NORMAS REGULADORAS COMPLEMENTARES

Abaixo estão listadas todas as Normas Reguladoras (NRs) que regem a atuação do SESMT e da CIPA, e estão disponíveis para consulta no Anexo 05:

✓ Portaria Interministerial nº 482 – Complementa NR 32

ABNT NBR 14276 – Brigada de incêndio

NR 1 - Disposições Gerais;

NR 2 - Registro SESMT no MTB;

NR 3 - Embargo ou Interdição;

NR 4 – SESMT;

NR 5 – CIPA;

NR 6 – EPIs;

NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;

NR 8 - Requisitos Técnicos Mínimos que Devem ser Observados em Edificações para Garantir Segurança e Conforto;

NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais;

NR 10 – Segurança em instalações e Serviços em Eletricidade;

NR 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais;

NR 12 - Máquinas e Equipamentos;

NR 13 - Caldeiras e Vasos de Pressão;

NR 14 – Fornos;

NR 15 – Atividades e Operações Insalubres;

NR 16 - Atividades e Operações Perigosas;



- NR 17 – Ergonomia;
- NR 18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção;
- NR 20 - Líquidos combustíveis e inflamáveis;
- NR 23 - Proteção Contra Incêndios;
- NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho;
- NR 26 - Sinalização de Segurança;
- NR 27 - Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho;
- NR 28 – Fiscalizações e penalidades;
- NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- NR 35 – Trabalho em Altura.

3.2.1.8. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

3.2.1.8.1. PROPOSTA

Identificar, controlar e reduzir riscos, visando manter o Hospital cada vez mais seguro, é a finalidade desta comissão. Para tal é necessária uma equipe multiprofissional, que tenha representantes da direção, das áreas assistenciais, de apoio, administrativa, e CCIH.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos participará ativamente da formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital.

3.2.1.8.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

CAPÍTULO I - OBJETIVO

Art. 1º. O objetivo deste regimento é a padronização de critérios para mapeamento e controle dos riscos hospitalares do HUGO 2 e participar ativamente da formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e



saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição desta Comissão deverá ser:

- a. Médicos representantes das Clínicas Cirúrgica e Médica indicados pelo Diretor Técnico;
- b. Médico ou Enfermeiro representante das UTIs, indicado pelo Diretor Técnico;
- b. Enfermeiro do SCIH;
- c. Gerência de Enfermagem;
- d. Membro do SESMT;

§ Único. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, a critério do Diretor Técnico:

- I. Anestesiologista;
- II. Patologia;

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;

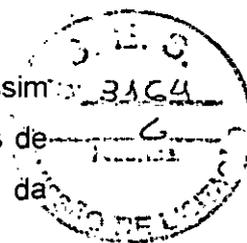
Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO III - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.



Art. 7º. A comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e 1 secretário e assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.



CAPÍTULO IV - SEDE

Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão deverá utilizar os formulários e conceitos apresentados no Anexo I deste regimento.

Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pre-definida.



Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. Das atribuições:

- a. Avaliar permanentemente os principais riscos da atividade hospitalar do HUGO 2;
- b. Realizar planos de ação dos itens discutidos em reunião;
- c. Registrar os acordos e pontos estratégicos em livro de ata;
- d. Divulgar e repassar as responsabilidades para as pessoas estratégicas;
- e. Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco:
 - e.1. Planejar e elaborar a política de gerenciamento do risco significa oficializar a nomeação dos membros da Comissão, elaborar o planejamento das ações de implantação da gestão do risco no hospital, buscando o perfeito alinhamento ao planejamento estratégico institucional.
- f. Identificar, classificar e mapear os riscos institucionais:



f.1. Para identificar os riscos presentes nos processos é recomendada a utilização das ferramentas para levantar os pontos de fragilidades:

f.2. Mapeamento dos processos;

f.3. Notificações de Quase Dano e Eventos Adversos;

f.4. Notificações de não conformidades;

f.5. Busca Ativa em Auditoria Clínica;

f.6. Alertas;

f.7. na Literatura.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20°. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

Art. 21°. Este Regimento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;

Art. 22°. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Goiânia,....de.....de.....

Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico

ANEXO I DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Na classificação e mapeamento dos riscos objetiva-se determinar o nível de risco e estabelecer as prioridades nos pontos críticos de cada processo assistencial.

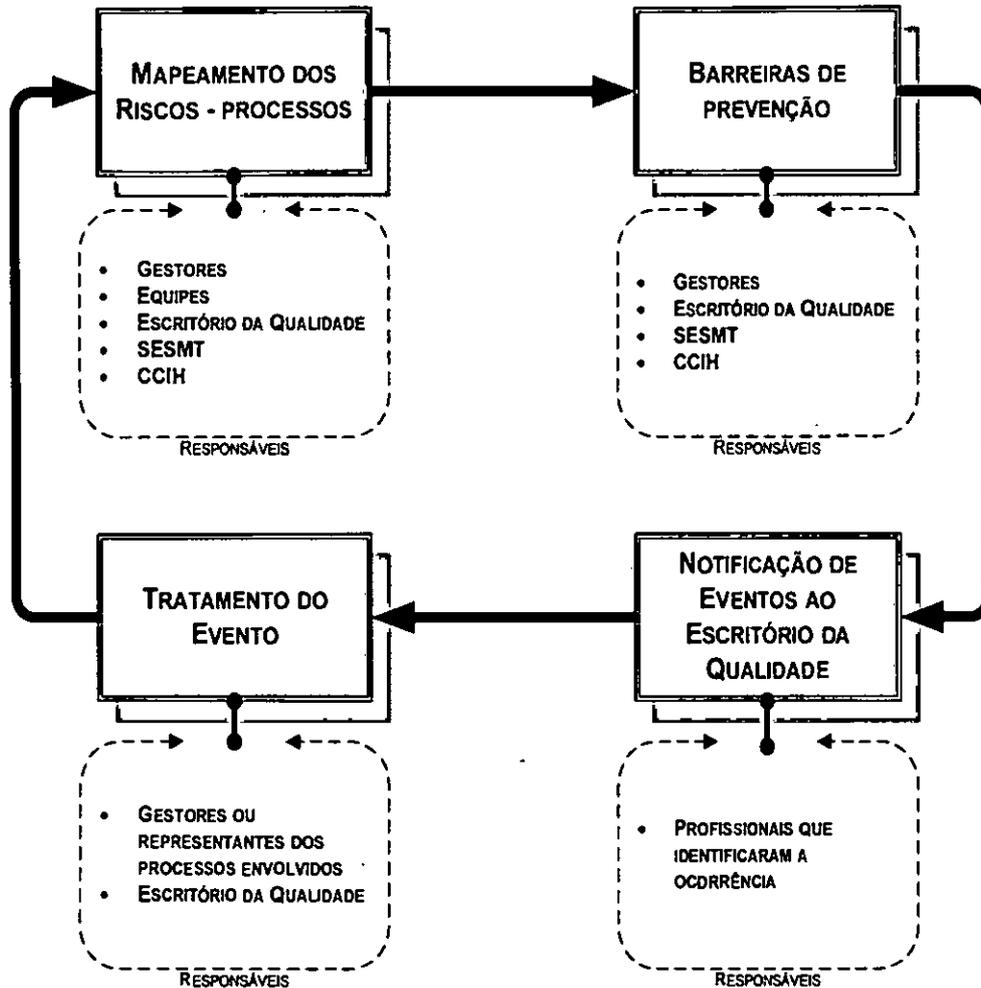
Os Níveis de Risco (Criticidade do Risco) são obtidos multiplicando Gravidade por Probabilidade. Este valor permite priorizar a intervenção sobre o risco, bem como priorizar as ações que serão implementadas.

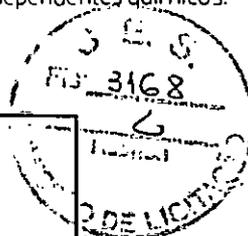


FLUXO CONTÍNUO DE GESTÃO DO RISCO



FLUXO CONTÍNUO DE GESTÃO DE RISCO

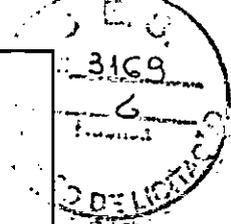




NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS

HUGO2	FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ERRO, EVENTO SENTINELA E REAÇÃO ADVERSA	Notificação Nº Data: //
Natureza do Evento	Identificação da natureza da ocorrência pelo notificante	Identificação da natureza da ocorrência pelo Depto da Qualidade
	<input type="checkbox"/> Erro <input type="checkbox"/> Evento Sentinela <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Erro <input type="checkbox"/> Evento Sentinela <input type="checkbox"/> Reação Adversa
Descrição do Evento		
Quem notificou		Origem
		Serviço
Data de recebimento pelo Escritório da Qualidade:	Quem recebeu:	
Nível de Análise	O que ocorreu: Evento:	

[Handwritten signature]

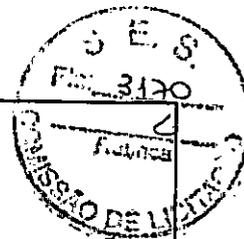


Questões	Quais os detalhes do evento: Quando o evento ocorreu: Quais processos foram envolvidos:
Causa(s)	
Por quê	
Ações	Correção Ação Corretiva: Ação Preventiva:
Devolvido ao Escritório da Qualidade pelo Serviço notificado em	Quem recebeu:
Avaliação do Depto da Qualidade: eficácia da ação	Tratamento do evento () SATISFATÓRIO () INSATISFATÓRIO Ações Propostas () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

[Handwritten signature]



TRATAMENTO DOS EVENTOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA



HUGO2		GERENCIAMENTO DE RISCOS				
		ANÁLISE RETROSPECTIVA – IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO				
Nível da análise		Questões*	Achados (o que ocorreu; definir o evento)	Causa	Por que	Ações
O que ocorreu	Ocorrência (evento sentinela, erro, reação adversa)	Quais são os detalhes do evento? (descrição)				
		Quando o evento ocorreu?				
		Que processos foram envolvidos?				



TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

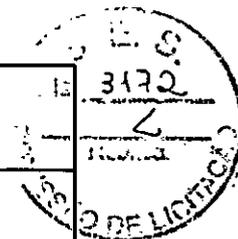
(1) MUITO IMPROVÁVEL	Raramente ocorre Não se espera que o dano ocorra durante anos	(1) LIGEIRA	Quando pode desencadear lesões ligeiras de olhos, pele, cefaléia, desconforto,...)
(2) IMPROVÁVEL	Ocorre ocasionalmente Aceita-se que o dano ocorra até uma vez durante 1 ano	(2) GRAVE	Quando é susceptível de provocar incapacidade temporária (lacerações, queimaduras, fraturas menores, lesões músculo esqueléticas,...)
(3) PROVÁVEL	Ocorre frequentemente Espera-se que o dano venha a ocorrer com relativa facilidade Algumas vezes por mês	(3) MUITO GRAVE	Quando pode provocar lesões muito graves (intoxicações, lesões múltiplas, fraturas, doenças crônicas,...)
(4) MUITO PROVÁVEL	Certamente ocorre Espera-se que o dano ocorra com muita facilidade Várias vezes por semana ou diário	(4) MORTE	

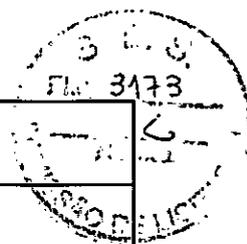


[Handwritten signatures and initials]



GRAVIDADE (G)	PROBABILIDADE (P)				
	G x P	1	2	3	4
1	1	1	2	3	4
2	2	2	4	6	8
3	3	3	6	9	12
4	4	4	8	12	16

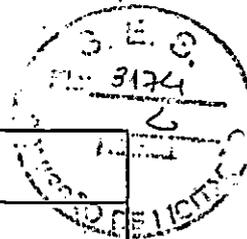




TRATAMENTO DE EVENTOS – ANÁLISE PROSPECTIVA

RISCOS	MEDIDAS/ORIENTAÇÕES
TRIVIAL Criticidade 1	Não requer ação específica
ACEITÁVEL Criticidade 2, 3	Não é necessário melhorar a ação. No entanto, devem ser consideradas avaliações periódicas de modo a analisar a sua evolução.
MODERADO Criticidade 4, 6	Devem ser implantadas políticas de redução do risco a médio e curto prazo.
IMPORTANTE Criticidade 8, 9	O risco tem de ser reduzido rapidamente Devem ser implantadas políticas de redução do risco a curto prazo e avaliações periódicas para garantia da redução do risco
INTOLERÁVEL Criticidade 12, 16	A ação não deve continuar até que o risco seja imediatamente reduzido, sob pena de serem cancelados atos, procedimentos clínicos e até encerrados serviços clínicos

[Handwritten signature]



TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES

	RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE	Nº	Data:
			Página 1/1
ORIGEM: () Cliente () Fornecedor () Acreditação () Outro _____			
DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE: Fruto da quebra da cadeia de valor – Interações de Processos			
Responsável: Data:			
ANÁLISE DA(S) CAUSA(S): Definição das causas – uso do Diagrama de Ishikawa – mediação entre os Processos pelo Escritório da Qualidade			
Responsável: Data:			
AÇÃO CORRETIVA: Eliminam a causa? Impedem que haja recorrência? Ações planejadas – Acompanhamento das ações pelo Escritório da Qualidade			
Responsável: Data:			

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



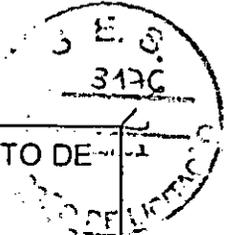
Com a implantação destas metodologias de medição e de tratamento de eventos adversos, é possível contribuir de forma definitiva para a segurança de nossos pacientes e colaboradores.

Atingir as seguintes metas para a segurança do paciente, deverá ser um dos alicerces da operação do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2

- Identificar pacientes corretamente;
- Melhorar a comunicação efetiva (prescrições/exames diagnósticos);
- Segurança: medicamentos e risco;
- Cirurgias em pacientes: membros e local corretos;
- Reduzir o risco de infecções;
- Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas;
- Assegurar a continuidade do uso de medicamentos de uso continuado durante a internação hospitalar (Reconciliação Medicamentosa).



3.2.1.8.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (CGR)	
MÊS	ATIVIDADES
1	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados</p> <p>1 - Médico - Diretoria Técnica</p> <p>2 - Enfermeiro do SCIH - Gerência de Enfermagem</p> <p>3 - Gerência de Enfermagem - Gerência de Enfermagem</p> <p>4 - Membro do SESMT - Gerência de Gestão de Pessoas</p> <p>Pauta da 1ª Reunião:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficializar a nomeação dos membros da Comissão; • Planejar e elaborar a política de gerenciamento do risco, conforme o Anexo I e que poderá ser ajustada, a critério da comissão e aprovação da diretoria técnica; • Elaborar o planejamento das ações de implantação da gestão do risco no hospital
DE 2 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento dos processos; • Notificações de Quase Dano e Eventos Adversos; • Notificações de não conformidades; • Busca Ativa em Auditoria Clínica;

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

**3.2.1.9. COMISSÃO DE FÁRMACIA TERAPÊUTICA (CFT)****3.2.1.9.1. PROPOSTA**

No âmbito de suas atribuições na Parceria com a SES - GO o HUGO implantará esta instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que terá por finalidade selecionar medicamentos que serão utilizados.



Deverá ser constituída com a finalidade de elaborar e/ou atualizar a Relação de Medicamentos e o Formulário Terapêutico, além de realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos.

A CFT, além da atividade de seleção de medicamentos e da elaboração do Formulário Terapêutico, deverá atuar de forma permanente em diversas atividades, tais como:

a. Assessoramento técnico:

- Atuar como órgão de apoio técnico e de assessoramento da Coordenação Local, em todos os assuntos afeitos aos medicamentos;
- Definir critérios para o uso de medicamentos e produtos afins;
- Elaborar normas para prescrição e dispensação bem como especificidades sobre medicamentos novos e de uso restrito que não integram a Relação de Medicamentos visando disciplinar e harmonizar condutas terapêuticas para racionalizar o uso destes medicamentos;
- Elaborar e incentivar a adoção de Protocolos e de Diretrizes Terapêuticas;
- Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da Relação de Medicamentos.

b. Investigação:

- Contribuir com as ações de fármaco vigilância;
- Promover estudos de utilização de medicamentos (consumo, perfil de utilização, reações adversas, impacto econômico, entre outros).



c. Ações educativas:

- Fomentar e participar de atividades da educação continuada das Equipes SF sobre uso racional de medicamentos;
- Desenvolver e apoiar ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos;
- Elaborar e divulgar informações sobre os medicamentos (problemas no uso de medicamentos, perguntas e respostas sobre medicamentos, revisão bibliográfica de artigos, estudos estatísticos, dados sobre consumos e estudos clínicos), para profissionais da saúde e usuários, por meio da Internet, boletins eletrônicos e/ou outros meios.

d. Membros componentes: ?

- 1 Farmacêutico;
- 1 Médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- 1 Enfermeiro;
- 1 Fisioterapeuta;
- 1 Médico Cirurgião;
- 1 Médico Pediatra;

Membros?

3.2.1.9.2. REGIMENTO DA CFT**Capítulo I - Da Finalidade**

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 é uma instancia colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados na instituição. Além disso, a CFT assessora a diretoria clinica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos.

**Capítulo II - Da Composição**

Art. 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é composta pelos seguintes membros: ?

1. Dois representantes da Divisão de Farmácia;
2. Um representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
3. Um representante do Centro de Queimados;
4. Um representante do Serviço de Ortopedia/Traumatologia
5. Um representante do Serviço de Cirurgia;
6. Um representante do Serviço de Urgência e Emergência
7. Um representante do Serviço de Pediatria
8. Um representante do Serviço de Clínica Médica
9. Um representante do Serviço de Hematologia
10. Um representante do Centro de Terapia Intensiva
11. Um representante do Serviço de Córdio-vascular
12. Um representante do Serviço de Bucomaxilofacial
13. Membros eventuais ou consultores

Parágrafo 1º - Os membros da CFT serão indicados pelo departamento e nomeados pelo Diretor Técnico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Parágrafo 2º - O Presidente será um dos membros da CFT indicado e nomeado pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão.

Parágrafo 3º - O mandato de cada representante será de 2(dois) anos, a contar da data de sua posse, permitindo-se reeleição.

Parágrafo 4º - Os membros da CFT poderão ser substituídos pelo Diretor Técnico em qualquer tempo.

Capítulo III - Das Competências da CFT

Art. 3º - São competências da CFT do Hospital Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2:

- a) Seleção e padronização dos medicamentos;
- b) Elaboração e atualização do Guia Farmacoterapêutico;
- c) Definição de diretrizes para o uso racional dos medicamentos;



*Membros ?
Qual é o
correto ?*



- d) **Elaboração de normas para prescrição, dispensação e uso de medicamentos;**
- e) **Avaliação para incorporação de novas tecnologias;**
- f) **Promoção e elaboração de Protocolos Clínicos de tratamento.**
- g) **Promoção de estudos de utilização de medicamentos e de farmacoeconomia para analisar o perfil farmacoepidemiológico e de impacto econômico dos medicamentos nas instituições da saúde;**
- h) **Desenvolvimento e apoio às ações de promoção do uso racional de medicamentos;**
- i) **Colaboração e participação em atividades de educação permanente da equipe da saúde;**
- j) **Elaboração e divulgação de instrumentos educativos, utilizando os meios de comunicação;**
- k) **Incentivo e realização de campanhas para práticas seguras do uso do medicamento.**



Capítulo IV - Das Atribuições dos Membros da CFT

Art 4º - Atribuições do Presidente: ao Presidente da CFT incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

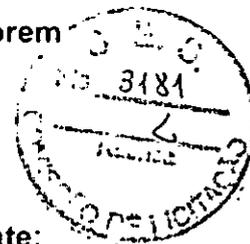
- a) **Representar a CFT em suas relações internas e externas;**
- b) **Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;**
- c) **Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;**
- d) **Promover a convocação das reuniões;**
- e) **Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;**
- f) **Designar membros executivos da CFT para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários a consecução dos objetivos da Comissão;**
- g) **Aprovar "ad referendum", nos casos de manifesta urgência.**

Art 5º - Atribuições dos membros executivos e suplentes:

- a) **Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;**



- b) Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- c) Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- d) Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- e) Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- f) Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;



Art 6º - Atribuições da Secretária:

- a) Acompanhar as reuniões do Colegiado;
- b) Assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;
- c) Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da CFT;
- d) Redigir as atas das reuniões;
- e) Dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;
- f) Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

Capítulo V - Das Reuniões

Art. 7º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reunirá a cada 45 dias de acordo com a convocação de seu presidente.

Art. 6º - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo presidente ou por, pelo menos, quatro de seus membros, através de memorando encaminhado a secretária da CFT e autorizada pelo presidente.

Art. 8º - O quórum das reuniões será atingido com a presença do presidente ou um membro da CFT indicado para representar o mesmo e 05 (cinco) de seus membros.

Capítulo VI – Da Inclusão ou exclusão de medicamentos e compra de Medicamentos Não Padronizados

Art. 9º - Os profissionais do Hospital poderão solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos, encaminhando o requerimento por escrito, observando as seguintes normas conforme formulário a seguir;



Nº do processo: _____

TIPO: () INCLUSÃO () EXCLUSÃO ALTERAÇÃO: () Concentração/Apresentação
() Indicação terapêutica

1. Identificação do Medicamento:

Nome genérico	Concentração	Apresentação	Nome e nº de registro no Ministério da Saúde

1.1 Classificação Terapêutica: _____

1.2 A indicação terapêutica solicitada está aprovada em bufa? () Sim () Não
(o solicitante deverá reproduzir, em documento anexo, as indicações aprovadas em bufa incluindo nº do CID):

2. Esquema Terapêutico Recomendado:

2.1 Dose pediátrica: usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.2 Dose adulta: usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.3 Duração do tratamento: Dias() Meses() Anos() Outros: indeterminado()

3. Previsão de Consumo e Gasto

3.1. Número de pacientes com a doença tratados mensalmente: _____ PACIENTES/MÊS

3.2. Número de pacientes que preenchem critérios para usar o novo produto: _____ PACIENTES/MÊS

3.3. Gasto por tratamento:

Apresentação	Posologia	Valor unitário	Gasto tratamento/paciente/mês (R\$)	nº de pacientes a serem tratados/mês	Impacto econômico/mês

3.4. Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes à mesma classe terapêutica, sinalizando se o padronizado será excluído:

Medicamentos padronizados			Excluir	
Nome genérico	concentração	Apresentação	Sim	não

4. Referências de Estudos Clínicos
Anexar referências bibliográficas pertinentes, publicadas em periódicos científicos nacionais e internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, meta-análises, ou ensaios clínicos randomizados).



3183

5. Estudos Farmacoeconômicos
Caso haja estudos farmacoeconômicos, o solicitante deverá anexá-los, preferencialmente estudos de custo-efetividade quando comparado com tratamentos consagrados. Deverá apresentar análise crítica dos resultados dos estudos.

6. Indicações de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais
Caso haja diretrizes e consensos o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialidade e a recomendação de utilização do produto com nível da evidência.

7. Pareceres de Câmaras Independentes Nacionais e Internacionais
Consultar os pareceres de Câmaras nacionais e internacionais, e informar em documento anexo, o sumário destes pareceres, e se o produto não foi avaliado por estas câmaras: Reino Unido (www.nice.org.uk); Canadá (www.cadha.ca); Nova Zelândia (www.pharmac.govt.nz) e Outras.

8. Experiência Clínica Realizada na Instituição
Caso haja experiência clínica na instituição apresentar os resultados.

Solicitante: _____

Clinica/Serviço: _____
Assinatura e identificação

Telefone / Email: _____

Diretor da Unidade: _____
Assinatura e carimbo

Data: ____/____/____

Orientações gerais:

- A Solicitação de Alteração de Padronização e o Protocolo de Tratamento deverão ser enviados em papel para a Comissão de Farmacologia.
- Para inclusão e alteração da indicação terapêutica, todos os itens devem ser preenchidos.
- Para exclusão os itens 1, 4, 5 e 6, devem ser preenchidos.
- Para alteração de concentração/apresentação os itens 1, 2, 3 e 5 devem ser preenchidos.
- Solicitações incompletas ou tendo informações inconsistentes serão devolvidas.
- O propósito desta solicitação e seus anexos é nortear os pareceristas técnicos na decisão de alteração na padronização.

Figura 1 – Modelo proposto pelo Conselho Federal de Farmácia.

Art 10º - Após protocolar a solicitação junto à Comissão, esta terá um prazo de trinta dias para iniciar o julgamento.

Art 11º - Quanto à compra de medicamentos não padronizados deverá ser encaminhado relatório médico justificando e solicitando a compra do medicamento à CFT.

Parágrafo 1º - O presidente da CFT terá um prazo de no máximo 3 dias para emitir seu parecer quanto a compra do medicamento não padronizado, e encaminhar a resposta ao solicitante e cópia a Gerência de Farmácia e ao Setor de Compras para que a compra seja providenciada.

Disposições Finais

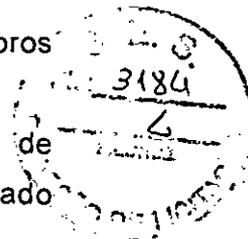


Art. 12º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com o diretor técnico do Hospital.

Art. 13º - Esse Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. E deverá ser revisado anualmente pela Comissão.

Art. 14º - Revogam-se as disposições em contrário.

Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Presidência.



3.2.1.9.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA CFT

Dois meses antes da inauguração do hospital	Constituição da CFT provisória (antes da inauguração do hospital) para elaboração da Relação de Medicamentos Padronizados.
---	--

Após a Inauguração do Hospital

Inauguração do hospital	Nomeação dos membros da CFT definitiva.
Um mês após a inauguração do hospital	Primeira reunião da CFT definitiva: avaliação e estruturação para elaboração do Guia Farmacoterapêutico do Hospital
A cada 45 dias	Reuniões ordinárias da CFT para deliberar sobre possíveis solicitações.

3.2.1.10. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

3.2.1.10.1. PROPOSTA

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a Comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.



São atribuições desta Comissão:

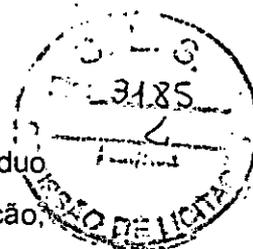
Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

1. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
2. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
3. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
4. Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;
5. Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
6. Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
7. Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
8. Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

3.2.1.10.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS

CAPÍTULO I - DA COMPOSIÇÃO E DAS COMPETÊNCIAS

Art. 1º - A Comissão de Resíduos do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, instituída pela Portaria 558 de 12 de agosto de 2003, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Diretoria

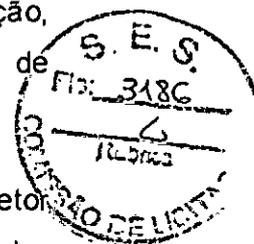


[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



Técnica, instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados no HUGO 2.



Art. 2º - A Comissão será composta por membros nomeados pelo Diretor Técnico e vinculados a Departamentos Assistenciais, de Apoio Assistencial e Administrativos que, de alguma forma, atuem em temas relacionados a Resíduos.

Art. 3º - Compete à Comissão :

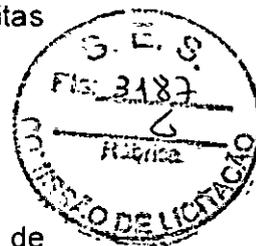
- a) normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- b) coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;
- c) coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- d) orientar a comunidade do HUGO 2 no que tange à manipulação de resíduos;
- e) em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;
- f) divulgar à instituição a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.
- g) representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Diretoria;
- h) estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;



i) estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.

j) instituir Grupos de Trabalho;

k) avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.



Art. 4º - Ao Presidente da Comissão de Resíduos, indicado por ato do Diretor Técnico, compete:

a) presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;

b) emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

c) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

d) cumprir e fazer cumprir este regimento.

Parágrafo único – O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato do Diretor Técnico, ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão contendo indicação do substituto.

Art. 5º - Compete aos membros da Comissão:

a) participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

b) encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;

c) requisitar à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

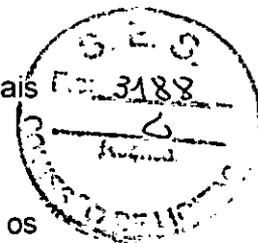
d) cumprir e fazer cumprir este Regimento;

e) Eleger o Secretário da Comissão.

Art. 6º - Compete ao Secretário da Comissão:



- a) preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- b) preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- c) expedir ato de convocação de conformidade com o que estabelece os artigos 7º e 8º, do presente Regimento, e seus respectivos parágrafos;
- d) executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- e) cumprir e fazer cumprir este Regimento.



CAPÍTULO II - DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Art. 7º - As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas na última sexta-feira útil de cada mês, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 1º - Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 4 dias úteis.

§ 2º - Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo, desde que transcorridos 7 (sete) dias do prazo previsto neste artigo.

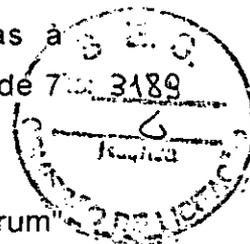
§ 3º - A ata será divulgada aos membros até 7 (sete) dias úteis após a data da reunião.

Art. 8º - As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrerem a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

§ 1º - Para a convocação de que trata este artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado ao Secretário da Comissão, acompanhado de justificativa.



§ 2º - Caberá ao Secretário a adoção das providências necessárias à convocação da reunião extraordinária, que se realizará no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a partir do ato de convocação.



Art. 9º - As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com "quorum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

§ 1º - Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quorum" mínimo, a votação iniciará 15 minutos após o horário designado para a reunião.

§ 2º - Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quorum".

§ 3º - As decisões normativas terão a forma de resolução numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

§ 4º - É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas serem arquivadas com o Secretário para efeito de consulta.

CAPÍTULO III - DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art.10º - Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art.11º - Os Grupos de Trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Art.12º - Os Grupos de Trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Art.13º - Os Grupos de Trabalho deverão apresentar, semestralmente, um relatório de suas atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.



Art.14º - As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

Art.15º - Os grupos poderão, a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único - Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Art. 16º - Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da Comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

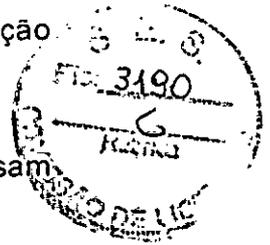
Art.17º - Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá, ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Art. 18º - Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão, automaticamente excluídos da Comissão.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art.19º - Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

- GT - Infectantes;
- GT - Químicos;
- GT - Radioativo;
- GT - Comuns;
- GT - Recicláveis





Art. 20º - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.



Art. 21º - A presente resolução em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

Goiânia,.....de.....de.....

Assina: Diretor Técnico

3.2.1.10.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA RESÍDUOS SÓLIDOS	
MÊS	ATIVIDADES
1	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agência Transfusional - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Pronto Atendimento / Urgência / Emergência - Gerência de Enfermagem • Centro Cirúrgico - Gerência de Enfermagem • Clínica Cirúrgica - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Diálise e Hemodiálise - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Gerência de Enfermagem - Gerência de Enfermagem • UTI - Chefe do Serviço - Diretor Técnico
DE 2 A 12	<p>ATIVIDADES APÓS A NOMEAÇÃO DA CHEMO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer critérios científicos para as indicações transfusionais, através de um programa informativo e educativo; • Promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância; • Estabelecer normas para avaliar a qualidade da prática hemoterápica na Instituição; • Recomendar formulários e guias de orientações para se obter uma boa prática hemoterápica; • Rever e avaliar todas as etapas do serviço de hemoterapia, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido; • Acompanhar e verificar se as anotações feitas no prontuário estão de acordo com a RDC Nº 153/04, itens K.1 e I.1; • Acompanhar a monitoração da separação e da devolução das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados aos chefes de serviço para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso; • Monitorar o arquivamento das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados e demais documentos afins, conforme RDC Nº 153/04; • Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das Normas, Portarias e RDCs vigentes; • Reunir-se mensalmente e também em caráter extraordinário, por convocação de seu coordenador.






3.2.1.11. COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL

3.2.1.11.1. PROPOSTA

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional é necessária para melhor atender e avaliar os pacientes que necessitam fazer uso de alimentação enteral e parenteral do HUGO 2. Visando assim uma recuperação mais rápida dos pacientes, diminuindo o tempo de internação e garantindo a recuperação e manutenção do estado nutricional do paciente.

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional destina-se a avaliar, elaborar e desenvolver procedimentos dietoterápicos que venham a auxiliar na recuperação e reabilitação do estado nutricional do paciente.

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional é composta por 7 membros nomeados pela Direção Geral do HUGO 2, divididos em 2 núcleos: o núcleo consultor e o núcleo executor.

A Comissão tem a seguinte composição:

➤ Núcleo Consultor:

- 1 Médico Nutrólogo;
- 1 Farmacêutico;
- 2 Enfermeiros;
- 1 Membro do SCIH;

➤ Núcleo Executor:

✓ 2 nutricionistas

Para reduzir os riscos de intercorrências na utilização de nutrição enteral ou parenteral, a Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMTN) tem os seguintes objetivos:

- Realizar a Padronização e Confecção do manual de normas e rotinas de Nutrição Enteral e Parenteral;



- Realizar o controle evolutivo diário de todos os pacientes que estejam em regime de alimentação enteral ou parenteral;
- Zelar pelo cumprimento das normativas:

REGULAMENTAÇÃO E NORMAS TÉCNICAS DA TERAPIA NUTRICIONAL:

- Portaria 272/MS/ANVISA de 08/04/1998 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral;
- RDC nº. 63 de 06/07/2000 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral.

Em 2005 foram criadas novas portarias para credenciamento e reembolso dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência em TN junto ao SUS (Portarias 131, 135 e 343 do MS/ANVISA). Para o reembolso é imprescindível o preenchimento pelo médico e pelo nutricionista do formulário Banco de Dados dos Usuários de TN (Anexo 1).

Prescrição da TN:

- ✓ Na internação (1º dia):

- 1) Se TGI funcional - Nutrição Enteral (NE);
- 2) Se TGI não funcional - Nutrição Parenteral (NP).

- ✓ Nutrição Enteral:

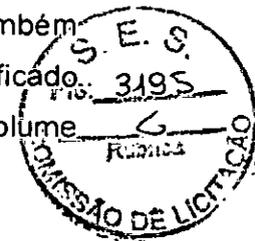
No HUGO 2, as dietas são administradas por sistema fechado, em bomba de infusão, de forma contínua (durante 24h). No 1º dia (na internação) prescrever a via de acesso (Ex: Dieta por SNE, SNG, SOE, Gastrostomia ou Jejunostomia) e dieta padrão a 30 ml/h. Nas prescrições subsequentes o volume e o tipo da dieta serão prescritos pelo nutricionista que acompanha o paciente de 2ª feira a sábado. A prescrição dietética é efetuada pelo nutricionista em formulário padrão encontrada no posto de enfermagem ou na prancheta do paciente.

- ✓ Nutrição Parenteral:





É preparada e liberada pelo Serviço de Farmácia. Para iniciar a NP, o médico responsável deve prescrever no formulário de prescrição médica e também preencher o impresso específico, carbonado, legível, sem rasuras e identificado com o nome do paciente, tipo de solução, acesso central ou periférico, volume diário, assinatura e CRM.



Após o 1º dia de NP, basta encaminhar a prescrição médica habitual do paciente incluindo a solução de NP com o volume a ser administrados, lipídios, vitaminas e oligoelementos à Farmácia para dispensação. Caso haja modificação na formulação da NP, enviar nova prescrição (HU 240) para o setor de Nutrição Parenteral (Farmácia).

A solicitação deve ser encaminhada à Farmácia até as 11h, impreterivelmente, para que a solução seja preparada e administrada ao paciente no mesmo dia. Nas sextas-feiras, as soluções são preparadas conforme prescrição deste dia e também para o sábado e domingo.

Abaixo segue orientação de prescrição inicial de NP:

Se paciente sem acesso central:

Paciente eutrófico e sem catabolismo:

- ✓ NP "A" periférica: iniciar com 50ml/h por 12hs e aumentar 10ml/h a cada 8h até atingir o volume de NP desejado (em média 2000ml/d);
- ✓ Lipídio a 20%: 5ml/Kg/d para correr em 12hs, em veia periférica ou em "Y" com a NP, 3x/semana.

Paciente desnutrido agudo e/ou em catabolismo:

➤ NP "A" periférica: (idem 2.1.1);

➤ Lipídio a 20%: 5ml/Kg/d no 1º dia; 7,5ml/Kg/d no 2º dia e 10ml/Kg/d do 3º dia em diante, e diariamente, sempre infundindo em 24hs.

Providenciar acesso central logo que possível.

Se paciente com acesso central:



Paciente eutrófico e sem catabolismo:

- NP "A" central: iniciar com 50ml/h por 12hs e aumentar 10ml/h a cada 8hs até atingir o volume de NP desejado (em média 1500ml/d);
- Lipídio a 20%: 5ml/kg/d para correr em 12hs em "Y" com a NP, 3x/ semana



Paciente desnutrido agudo e/ou com catabolismo:

- NP "A" central:(idem 2.2.1), até atingir o volume de NP desejado (em média 2000ml/d);
- Lipídio a 20%: 5ml/Kg/d no 1º dia; 7,5ml/Kg/d no 2º dia e 10ml/Kg/d do 3º dia em diante, e diariamente, sempre infundindo em 24hs.
- NP "H" (hiperproteica - SG 50% 250 ml + Sol. AA 10% 750 ml): para pacientes em CTI, hipercatabólicos, nas primeiras 48 horas poderá ser indicada a 1000 ml/dia (42 ml/h), o que fornecerá 75g/d de proteínas, 125g/d de glicose e 800 calorias, sem adição de eletrólitos. Quando associada à NP "A", o volume diário desta solução "H" poderá ser reduzido.

ESQUEMA DE MONITORIZAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL

FASE INICIAL:

- Peso/Estatura;
- HGT;
- Hemograma;
- Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl);
- Creatinina/Uréia;
- TGO/TGP/Gama GT;
- Proteínas Totais/Albumina;
- Triglicerídeos;
- Glicemia;
- Gasometria;

FASE DE EVOLUÇÃO:



- Controle Diário: HGT – 2-3x/dia;
- Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl);
- Creatinina/Uréia;
- Gasometria (conforme quadro clínico);
- Peso: Pediatria;
- 2x/semana: Triglicerídeos;
- TGO/TGP/Gama GT;
- Peso: Adulto;

**FASE DE MANUTENÇÃO (paciente estável)**

- 1x/dia: HGT;
- 1x/semana: Albumina;
- Proteínas Totais;
- Triglicerídeos;
- 2x/semana: Iono (Na, K, Ca, P, Mg, Cl);
- TGO/TGP/Gama GT;
- Creatinina/Uréia;
- Hemograma;

**3.2.1.11.2. REGIMENTO DA COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE
TERAPIA NUTRICIONAL****CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. O objetivo deste Regimento é organizar o funcionamento da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional do HUGO 2 para melhor atender e avaliar os pacientes que necessitarem fazer uso de alimentação enteral e parenteral do HUGO 2. Visando assim uma recuperação mais rápida dos pacientes, diminuindo o tempo de internação e garantindo a recuperação e manutenção do estado nutricional do paciente.

A Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional destina-se a avaliar, elaborar e desenvolver procedimentos dietoterápicos que venham a auxiliar na recuperação e reabilitação do estado nutricional do paciente.

**CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO**

Art. 2º. A composição desta Comissão deverá ser subdividida em 2 núcleos, a saber:

I. Núcleo Consultor:

- a. Um Médico Nutrólogo;
- b. Um Farmacêutico;
- c. Enfermeiro do SCIH;
- d. 2 enfermeiros;

II. Núcleo Executor:

- a. 2 nutricionistas

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;

Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO III - MANDATO

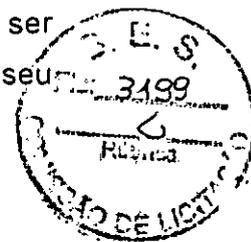
Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.

Art. 7º. A comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO IV - SEDE



Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.



CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão poderá convidar consultores ou profissionais de reconhecida competência na área.

Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pre-definida.

Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais



aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.



CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. São obrigações da Comissão:

- a. Avaliar permanentemente os principais riscos da atividade de terapia nutricional;
- b. Realizar planos de ação dos itens discutidos em reunião;
- c. Registrar os acordos e pontos estratégicos em livro de ata;
- d. Divulgar e repassar as responsabilidades para as pessoas estratégicas;

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

Art. 21º. Este Regulamento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;

Art. 22º. O Regulamento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Goiânia,de.....de.....

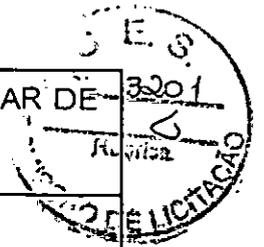
Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico

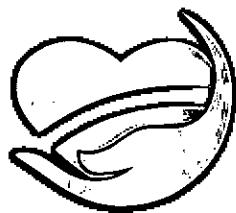


3.2.1.11.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

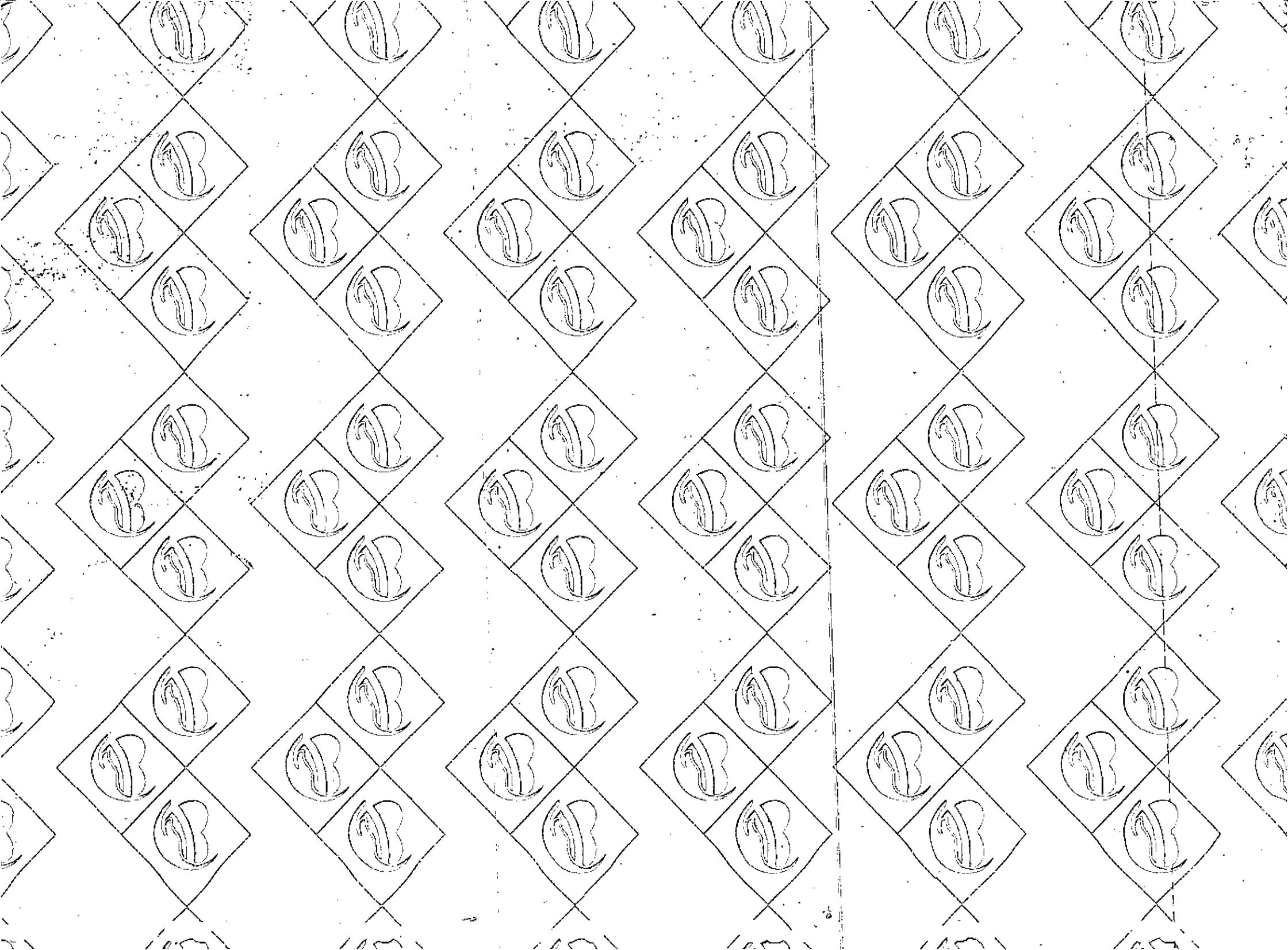
CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL (CMTM)	
MÊS	ATIVIDADES
1 e 2	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico Nutrólogo - Diretoria Técnica • 1 Farmacêutico - Chefe da Farmácia • 2 Enfermeiros - Gerência de Enfermagem • 1 Membro do SCIH - Gerência de Enfermagem • 2 Nutricionistas - Chefe de Serviço <p>Tarefa para os dois primeiros meses: Realizar a Padronização e Confeção do manual de normas e rotinas de Nutrição Enteral e Parenteral;</p>
DE 3 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o controle evolutivo diário de todos os pacientes que estejam em regime de alimentação enteral ou parenteral; • Zelar pelo cumprimento das normativas: <ul style="list-style-type: none"> o Portaria 272/MS/ANVISA de 08/04/1998 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral; o RDC nº. 63 de 06/07/2000 – Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral que regulamentam a Terapia Nutricional.



[Handwritten signatures]



IBGH
Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar



BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



VOLUME III

(Páginas de 0465 a 0702)

62 3942 1300

ibgh.org.br

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030

**OUTRAS COMISSÕES****3.2.1.12. COMISSÃO DE ACOLHIMENTO****3.2.1.12.1. PROPOSTA**

O Acolhimento é o dispositivo que opera concretamente os princípios da Política Nacional de Humanização do SUS, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de Classificação de Risco.

Membros componentes:

- 1 Diretor técnico;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- 1 agente de portaria;
- 1 agente de segurança;
- 1 auxiliar de enfermagem;
- 1 representante dos usuários;
- 1 médico do PA

3.2.1.12.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE ACOLHIMENTO**CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. O objetivo deste regimento é reduzir risco e o tempo de atendimento médico e de enfermagem fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;

Parágrafo Primeiro: Para atingir o objetivo preconizado no art. 1º, os seguintes tópicos devem ser administrados por esta comissão:

- I. Determinar área de atendimento inicial;
- II. Refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;



- III. Promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco;
- IV. Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;
- V. Envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas;
- VI. Facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde;
- VII. Implementar o Acolhimento de acordo com a cartilha do PNHAH do Ministério da Saúde.



CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição desta Comissão deverá ser:

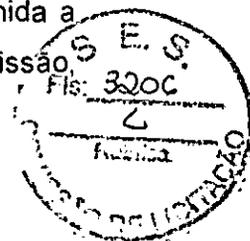
- I. 1 assistente social;
- II. 1 enfermeiro;
- III. 1 agente de portaria;
- IV. 1 agente de segurança;
- V. 1 auxiliar de enfermagem;
- VI. 1 representante dos usuários;
- VII. 1 médico do PA

Sendo todos os integrantes indicados pelo Diretor Técnico.

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;



Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão desde que respeitadas as necessidades dos serviços.



CAPÍTULO III - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.

Art. 7º. A comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e 1 Secretário. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO IV - SEDE

Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

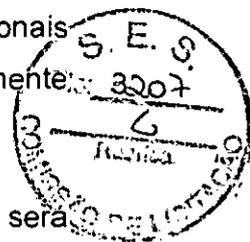
Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão poderá convidar consultores ou profissionais de reconhecida competência na área.



Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pre-definida.



Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. São obrigações da Comissão:

- I. Reduzir risco e o tempo de atendimento médico e de enfermagem fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- II. Determinar a área de atendimento inicial;
- III. Refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;
- IV. Promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco;
- V. Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;



VI. Envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas;

VII. Facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde;

VIII. Implementar o Acolhimento de acordo com a cartilha do PNHAH do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

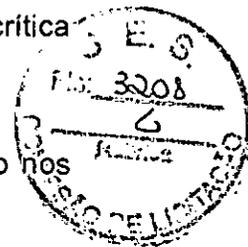
Art. 21º. Este Regimento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;

Art. 22º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Goiânia,.....de.....de.....

Assinam:

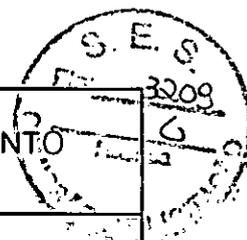
Diretor Geral Diretor Técnico



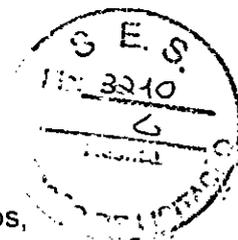


3.2.1.12.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ACOLHIMENTO	
MÊS	ATIVIDADES
1 e 2	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados: 1 assistente social; 1 enfermeiro; 1 agente de portaria; 1 agente de segurança; 1 auxiliar de enfermagem; 1 representante dos usuários;</p> <p>Tarefa para os dois primeiros meses: Realizar a Padronização e Confeção do manual de normas e rotinas de Acolhimento do HUGO 2;</p>
DE 3 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o controle dos prazos médios de acolhimento • Verificar as intercorrências no acolhimento, acionando as áreas envolvidas • Avaliar as queixas dos usuários e identificar melhorias em processos



[Handwritten signature]



3.2.1.13. COMISSÃO DE HEMOTERAPIA

3.2.1.13.1. PROPOSTA

É imprescindível a normatização de prescrição e aplicação de hemoderivados, além de garantir a segurança do ato transfusional no HUGO 2. Por isso, a criação da Comissão de Hemoterapia.

Em dezembro de 2002 houve a publicação em Diário Oficial da União da resolução RDC 343 que regulamenta todo o processo relativo à produção e utilização de hemoderivados, bem como torna obrigatória a criação de um comitê Transfusional.

A indicação de transfusão, a preparação de hemocomponentes e sua administração exigem trabalho coletivo e de qualidade, visando maior segurança para os pacientes e para os profissionais envolvidos no processo.

3.2.1.13.2. REGIMENTO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO.

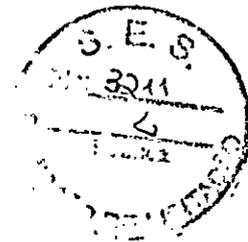
Art. 1º. O Comitê Transfusional do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2, também designada pela sigla, CIHH, tem fundamento legal na RDC nº 153 de 14 de junho de 2004.

Art. 2º. O Comitê Transfusional terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa do Hospital.

Art. 3º. O Comitê Transfusional tem por finalidade o monitoramento da prática hemoterápica na Instituição.

Art. 4º O Comitê Transfusional deverá ser constituída por membros dos seguintes serviços:

- I. Agência Transfusional;
- II. Pronto Atendimento / Urgência / Emergência
- III. Centro Cirúrgico;



- IV. Clínica Cirúrgica;
- V. Diálise e Hemodiálise;
- VI. Gerência de Enfermagem;
- VII. UTI.

§ 1º. Na primeira gestão, os seus membros serão indicados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Técnico;

§ 2º. Nas gestões seguintes, os representantes de cada serviço serão nomeados de acordo com o parágrafo anterior;

§ 3º. O Coordenador será escolhido entre os seus membros e designado pelo Diretor Geral.

Art. 5º. O Comitê Transfusional terá um Regimento Interno aprovado por seus membros e Diretor Técnico, que disciplinará o seu funcionamento.

CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. São atribuições do Comitê Transfusional:

- I. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações do Comitê Transfusional do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2;
- II. Constituir-se em fórum de assessoramento especializado para a Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2;
- III. Estabelecer critérios científicos para as indicações transfusionais, através de um programa informativo e educativo;
- IV. Promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância;

V. Estabelecer normas para avaliar a qualidade da prática hemoterápica na Instituição;

VI. Recomendar formulários e guias de orientações para se obter uma boa prática hemoterápica;

VII. Rever e avaliar todas as etapas do serviço de hemoterapia, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

VIII. Acompanhar e verificar se as anotações feitas no prontuário estão de acordo com a RDC Nº 153/04, itens K.1 e I.1;

IX. Acompanhar a monitoração da separação e da devolução das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados aos chefes de serviço para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;

X. Monitorar o arquivamento das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados e demais documentos afins, conforme RDC Nº 153/04;

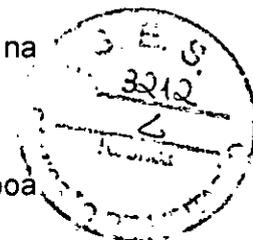
XI. Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das Normas, Portarias e RDCs vigentes;

XII. Reunir-se mensalmente e também em caráter extraordinário, por convocação de seu coordenador.

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

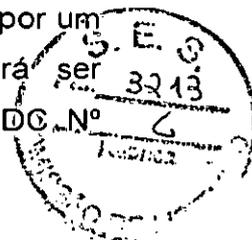
Art. 7º. O Comitê Transfusional é multidisciplinar, da qual fazem partes representantes dos serviços citados no Art. 3º.

Art. 8º. O Comitê Transfusional deverá assessorar e monitorar a Agência Transfusional – AT do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2, que tem a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a esta agência realizar-se-á pelo Serviço de Hemoterapia de maior complexidade – Hemocentro de Goiás, de acordo com a Resolução RDC Nº 151, de 21 de agosto de 2001.





§ 1º. O suprimento de hemocomponentes de um serviço (AT/HUGO 2) por um Serviço de Hemoterapia de maior complexidade (HEMOG) deverá ser disciplinado pelo Sistema Estadual de Sangue e Hemoderivados (RDC N° 151/01);



§ 2º. Os serviços de hemoterapia que distribuem sangue e seus componentes (Hemocentro de Goiás) devem formalizar por escrito, com o serviço receptor, um contrato, convênio ou termo de compromisso. Deste documento devem constar, obrigatoriamente, os seguintes dados: Nomes e dados jurídicos das instituições envolvidas; Obrigações técnicas e financeiras de cada uma das partes (respeitando-se todas as normas técnicas constantes na RDC N° 153/04);

§ 3º. A Agência Transfusional – AT não poderá estabelecer contrato, convênio ou termo de compromisso com outras instituições de hemoterapia, por esse motivo não poderá fazer empréstimos ou trocas de hemocomponentes e hemoderivados com essas Instituições, cabendo ao Hemocentro de Goiás essas funções.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º. Este Estatuto está em consonância com a RDC nº 153, de junho de 2004 e a RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001.

Art. 10º. As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo de Comissões – HUGO 2. Três ausências consecutivas não justificadas poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 11º. Este Estatuto poderá ser alterado:

- I. Após a avaliação de desempenho da Comissão, se for o caso;
- II. Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
- III. Em ambos os casos, por proposta da maioria simples da Comissão.

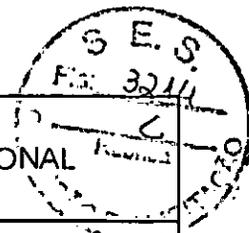
Goiânia,.....de.....de.....

Assinam: Diretor Geral

Diretor Técnico



3.2.1.13.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



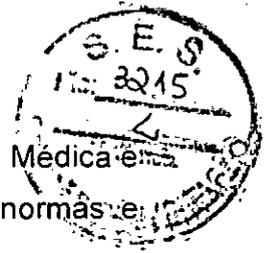
CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

MÊS	ATIVIDADES
1	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agência Transfusional - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Pronto Atendimento / Urgência / Emergência - Gerência de Enfermagem • Centro Cirúrgico - Gerência de Enfermagem • Clínica Cirúrgica - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Diálise e Hemodiálise - Chefe do Serviço - Diretor Técnico • Gerência de Enfermagem - Gerência de Enfermagem • UTI - Chefe do Serviço - Diretor Técnico
DE 2 A 12 ATIVIDADES APÓS A NOMEAÇÃO DA CHEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer critérios científicos para as indicações transfusionais, através de um programa informativo e educativo; • Promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância; • Estabelecer normas para avaliar a qualidade da prática hemoterápica na Instituição; • Recomendar formulários e guias de orientações para se obter uma boa prática hemoterápica; • Rever e avaliar todas as etapas do serviço de hemoterapia, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido; • Acompanhar e verificar se as anotações feitas no prontuário estão de acordo com a RDC Nº 153/04, itens K.1 e I.1; • Acompanhar a monitoração da separação e da devolução das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados aos chefes de serviço para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso; • Monitorar o arquivamento das solicitações de hemocomponentes e/ou hemoderivados e demais documentos afins, conforme RDC Nº 153/04; • Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das Normas, Portarias e RDCs vigentes; • Reunir-se mensalmente e também em caráter extraordinário, por convocação de seu coordenador.

[Handwritten signatures]

**3.2.1.14. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)****3.2.1.14.1. PROPOSTA**

Planejar e zelar pela perfeita execução dos Programas de Residência Médica e das atividades correlatas, no âmbito do HUGO 2, de acordo com as normas e legislação em vigor.

**MEMBROS:**

- I. um Coordenador da COREME;
- II. um Supervisor de cada Programa das áreas básicas e das especialidades onde se desenvolve a Residência Médica;
- III. um Representante dos Médicos Residentes;
- IV. um Secretário.

3.2.1.14.2. REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**CAPÍTULO I - DO CONCEITO E FINALIDADE**

Art. 1º. A Residência Médica, consoante a Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu e visa fundamentalmente à formação de especialistas, através de programa de treinamento, desenvolvido em ambiente médico-hospitalar que dispõe de recursos humanos e materiais, indispensáveis para atingir tal finalidade.

Art. 2º. A Residência Médica do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, oferece Programas de treinamento reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e Ministério da Educação e Cultura - MEC.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO DA COREME

Art. 3º. A regulação, coordenação e supervisão da Residência Médica é realizada pela Comissão de Residência Médica-COREME, conforme as disposições deste Regimento Interno, que deve ser de conhecimento de todos os Médicos Residentes, o qual disciplina as atividades dos Programas de



Residência Médica do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Parágrafo único. A COREME é o órgão competente no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 para manter contato com a Comissão Estadual de Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica, no que aplicável.

Art. 4º. A COREME é vinculada diretamente ao Diretor Técnico do e se submete à Comissão Estadual de Residência Médica e à Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5º. Os Programas de Residência Médica são estruturados nas Áreas Básicas e nos Serviços de Especialidades Médicas do hospital e organizadas em regime integrado entre programas assistencial e de ensino.

§ 1º. Os PRM's são de responsabilidade dos Preceptores e Coordenadores dos respectivos Serviços de Especialidades Médicas.

§ 2º. Os programas que vierem a ser criados, serão vinculados ao Serviço de origem.

Art. 6º. A COREME é constituída pelos seguintes membros: um Coordenador da COREME, um Supervisor de cada Programa das áreas básicas e das especialidades onde se desenvolve a Residência Médica, um Representante dos Médicos Residentes e um Secretário.

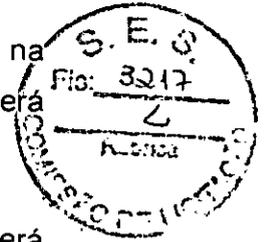
Art. 7º. O Coordenador da COREME perceberá, pelas suas atividades, bolsa de preceptoria.

CAPÍTULO III - DA ELEIÇÃO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 8º. O Coordenador da COREME será eleito dentre os Supervisores de cada Programa de Residência Médica, através de votação direta e secreta, definida por maioria simples, para um mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida a recondução.



Parágrafo único. A eleição do Coordenador da COREME realizar-se-á na primeira quinzena do mês de dezembro dos anos pares, e o novo mandato terá início em 1º de janeiro do ano seguinte.



Art. 9º. O colégio eleitoral para a eleição do Coordenador da COREME será composto pelos seguintes membros: todos os Supervisores dos Programas de Residência Médica das áreas básicas e das especialidades, um Representante dos Residentes de cada Programa das áreas básicas e das especialidades.

Art. 10º. O Supervisor de cada Programa de Residência Médica deverá ser eleito dentre os Preceptores do referido Programa, antecedendo a eleição do Coordenador da COREME, através de votação direta e secreta, definida por maioria simples, em pleito bianual, pelo seguinte colégio eleitoral: Chefe do Serviço ao qual está vinculado o Programa, todos os Preceptores do Programa, um Representante de cada nível da Residência (R1, R2, R3 e R4) dentre os Médicos Residentes.

Art. 11º. Os Preceptores de cada Programa de Residência Médica serão eleitos pelo Corpo Clínico da respectiva área e por todos os Médicos Residentes da especialidade ou área de atuação, em votação direta, no mês de novembro, sempre precedendo a eleição do Supervisor do Programa.

§ 1º. O número de Preceptores em cada Programa de Residência Médica será definido conforme critérios de proporção estabelecidos pela CNRM.

§ 2º. São requisitos para candidatar-se à Preceptoria:

I - possuir titulação mínima para a função, ou seja, Residência Médica;

II - desenvolver atividades de Preceptoria durante sua jornada de trabalho;

§ 3º. No caso de empate na eleição dos Preceptores, serão utilizados os seguintes critérios de desempate:

III. o profissional que possuir mestrado em Medicina inicia com o número de votos equivalente a 50% (cinquenta por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;



IV. profissional que possuir mestrado em outra área, que não em Medicina, inicia com o número de votos equivalente a 30% (trinta por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

V. profissional que possuir curso de especialização em metodologia do ensino ou de pesquisa inicia com número de votos equivalente a 20% (vinte por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

VI. profissional que possuir doutorado e não tiver mestrado inicia com o número de votos equivalente a 20% (vinte por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

VII. profissional que possuir doutorado e mestrado, acresce ao percentual do inciso III do Art. 11 mais 20% (vinte por cento).

CAPÍTULO IV - DAS DELIBERAÇÕES DA COREME

Art. 12º. As deliberações e demais atas da COREME ocorrerão em reuniões ordinárias mensalmente, sendo os membros convocados com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 1º. As convocações serão acompanhadas da ordem do dia e pauta, com todas as matérias a serem analisadas e votadas pelos membros.

§ 2º. A reunião instalar-se-á com a presença de, no mínimo, metade de seus membros e será presidida pelo Coordenador da COREME.

§ 3º. Caso na primeira chamada não haja o quorum definido no parágrafo anterior a reunião instalar-se-á com os membros presentes após 30 (trinta) minutos, em segunda chamada.

§ 4º. Caso o Coordenador da COREME não possa participar da reunião ele indicará, dentre os Supervisores dos PRM's, alguém para substituí-lo.

Art. 13º. Cada membro terá direito a um voto e a votação será nominal e aberta, sendo todas as decisões definidas por maioria simples dos presentes, possuindo o Coordenador da COREME o voto de desempate.





Art. 14º. É facultado ao Coordenador da COREME e aos outros membros Supervisores dos PRM's solicitar reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.



Art. 15º. Após a leitura da pauta, o Coordenador da COREME abrirá a discussão, franqueando a palavra aos membros que a solicitarem, podendo o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão ou votação, devendo apresentar justificativa, sujeita à votação imediatamente.

Parágrafo único. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária, podendo, a juízo dos membros, ser prorrogado no máximo até duas reuniões ou reduzido em face de urgência ou relevância do assunto.

Art. 16º. As reuniões extraordinárias da COREME serão realizadas a qualquer tempo, por convocação do Coordenador da COREME, por solicitação de Supervisores de PRM's ou convocadas, com a devida justificativa, por 1/3 (um terço) de seus membros.

Art. 17º. Os membros Supervisores de Programas de Residência e Representantes dos Residentes que faltarem a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas serão excluídos da COREME.

Parágrafo único. Quando ocorrer a exclusão de um membro, o Coordenador da COREME notificará o Serviço ao qual pertencia a vaga do membro excluído, para que realize nova eleição, na reunião subsequente, respeitadas as normas vigentes.

Art. 18º. Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões da COREME, tendo direito à voz, mas não a voto.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS DA COREME

Art. 19º. Compete à COREME:



- I. analisar e fiscalizar os programas de treinamento e métodos de avaliação dos Médicos Residentes e Preceptores;
- II. propor a criação, extinção ou modificação de Programas de Residência Médica;
- III. propor à Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 a adequação anual do número de Médicos Residentes por área, de Programas a serem desenvolvidos no ano subsequente;
- IV. propor à Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 a adequação anual do número de Preceptores por área de acordo com a relação Preceptores/Residentes, estabelecida pela CNRM;
- V. estabelecer os critérios de seleção dos Residentes, através da elaboração dos Editais de Seleção;
- VI. encaminhar os Editais de Seleção para aprovação, e posteriormente à publicação;
- VII. coordenar o planejamento, a aplicação e a correção das provas das especialidades, encaminhar os resultados finais aos Diretores do Grupo e divulgar os resultados oficiais dos processos seletivos;
- VIII. aprovar as licenças e afastamentos solicitados pelos Residentes, após apreciação dos Supervisores dos PRM's;
- IX. apreciar propostas de penalidades encaminhadas pelos supervisores dos PRM's;
- X. discutir temas e documentos, relacionados à Residência Médica;
- XI. elaborar relatório anual e encaminhá-lo à Coordenação de Ensino e Pesquisa e à Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2;



J
b



XII. representar os interesses dos Programas de Residência Médica do hospital junto à CNRM e ao CREMEGO;

XIII. estar sempre atualizada com as Normas e Resoluções da CNRM;

XIV - cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Residência Médica do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2;

XV. fiscalizar, executar e fazer executar as normas estabelecidas neste Regimento Interno e na legislação específica da CNRM;

XVI. analisar, avaliar, aprovar os processos de criação de novos PRM's e de credenciamento dos já existentes;

XVII. planejar, organizar, analisar e fiscalizar os PRM's e os métodos de avaliação dos Médicos Residentes e Preceptores.

CAPÍTULO VI - DA ADMINISTRAÇÃO DA COREME

Art. 20º. Compete ao Coordenador da COREME:

I. coordenar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos Programas de Residência Médica;

II. encaminhar à Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 os assuntos que dependam da sua aprovação;

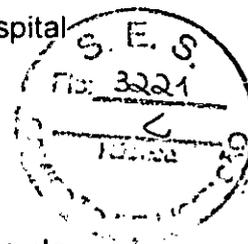
III. convocar e presidir as reuniões da COREME;

IV. indicar o Secretário da COREME;

V. aplicar penalidades de acordo com decisão da COREME;

VI. estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRM;

VII. executar e fazer executar o que estabelece a legislação pertinente à Residência Médica, seja proveniente da CNRM, dos estatutos e regulamentos





das várias instâncias, do presente Regimento Interno e do Regimento Interno do Corpo Clínico do hospital;

VIII. representar a COREME em todas as atividades que se fizerem necessárias e, no seu impedimento, designar um substituto para representá-lo;

IX. receber, responder, despachar e assinar toda a correspondência da COREME;

X. tomar decisões ad referendum da COREME, em caráter de urgência, sempre que se fizer necessário;

XI. autorizar afastamento temporário de Médico Residente através de ato motivado;

XII. assinar, em conjunto com o Diretor Técnico e os Supervisores dos PRM's, os diplomas de conclusão da Residência Médica, de acordo com a legislação pertinente.

Art.21º. Compete aos Supervisores dos PRM's:

I. participar de todas as reuniões da COREME como membro efetivo e, em seu impedimento, informar o Coordenador da COREME e designar um substituto;

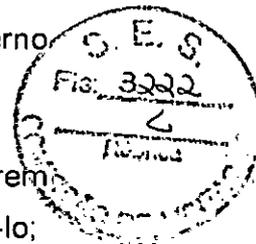
II. ser responsável direto pela coordenação dos PRM's no referentes a sua área de atuação;

III. convocar e presidir reuniões dos preceptores do PRM sob sua coordenação;

IV. organizar a eleição de seu sucessor e dos demais Preceptores do PRM, aplicando-se o procedimento previsto no Art. 11 deste Regimento Interno;

V. elaborar, anualmente, o Programa de Residência Médica, em sua especialidade até 30 de novembro do ano anterior ao início do PRM, de acordo com os pré requisitos estipulados na Resolução da CNRM n.º 02/2006;

VI. remeter relatórios à COREME, quando solicitado, sobre as atividades do PRM sob sua coordenação;



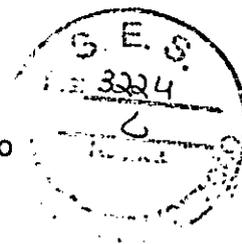


- VII. organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;
- VIII. encaminhar cópia atualizada do programa à COREME do hospital;
- IX. indicar substituto eventual;
- X. responsabilizar-se pelo preenchimento de formulários com vistas à regularização, credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas do PRM que supervisiona;
- XI. controlar a frequência dos Médicos Residentes que atuam no PRM que coordena;
- XII. encaminhar ao Chefe do Serviço ao qual o PRM se vincula e à COREME a frequência, justificativas de faltas, licenças, escalas de trabalho e de férias dos Médicos Residentes;
- XIII - estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRM;
- XIV - realizar avaliações trimestrais dos Médicos Residentes, registrando no Sistema de Avaliação de Residentes;
- XV - encaminhar ao Coordenador da COREME:
- A) os casos de desistências e licenças para afastamento de Médicos Residentes, em tempo hábil para cancelamento da bolsa auxílio, quando pertinente;
- B) as faltas ou transgressões disciplinares dos Médicos Residentes, com as justificativas devidas;
- Art. 22º. Compete ao Preceptor:
- I - encaminhar ao Supervisor do PRM a frequência, justificativas de faltas, licenças e escalas de trabalho e de férias dos Médicos Residentes;
- II - orientar diretamente o treinamento do Médico Residente;





- III - acompanhar o treinamento do Médico Residente em todas as etapas;
- IV - orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Médico Residente;
- V - auxiliar o Médico Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento;
- VI - participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM;
- VII - participar ativamente do trabalho de conclusão do Médico Residente, quando solicitado.



Art. 23º. Compete ao Representante dos Residentes:

- I - representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;
- II - solicitar ao coordenador da COREME, a inclusão de assuntos de interesse dos médicos residentes na pauta de reuniões da COREME;
- III - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;
- IV - no impedimento de participação na reunião, indicar um substituto e informar Coordenador da COREME.

Art. 24º. Compete ao Secretário da COREME:

- I - dirigir os Serviços da Secretaria da COREME;
- II - exercer as atividades administrativas rotineiras e próprias da Secretaria;
- III - assistir às reuniões da COREME, lavrando as atas;
- IV - submeter ao Coordenador da COREME os assuntos em pauta;
- V - guardar e zelar os arquivos da COREME;
- VI - elaborar relatório anual sobre a COREME;



VII - informar ao Coordenador da COREME, situação dos PRM's junto à CNRM;

VIII-encaminhar os documentos de credenciamento, recredenciamento aumento de vagas à CERM com vistas a regularização dos PRM's;

IX - cumprir o que for determinado pelo Coordenador da COREME.



CAPÍTULO VII - DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PERÍODO DOS PRM'S E CARGA HORÁRIA DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 25º. Os Programas de Residência Médica terão início no dia 1º (primeiro) de fevereiro de cada ano e término no dia 31 (trinta e um) de janeiro do ano seguinte.

Art.26º. Os Programas de Residência Médica têm carga horária de 2.880 (duas mil e oitocentas e oitenta) horas anuais, possuindo um limite de carga horária de atividades de 60 (sessenta) horas semanais, com no máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão semanal.

Parágrafo único. Todos os PRM's deverão contemplar os requisitos mínimos exigidos pela CNRM, de acordo com a Resolução CNRM n.º 02, de 17 maio de 2006.

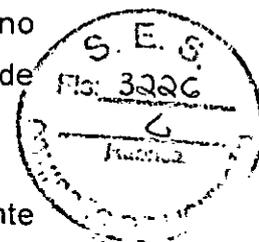
CAPÍTULO VIII - DO INGRESSO, CONTRATAÇÃO E REGIME DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 27º. A seleção anual para o ingresso dos Médicos Residentes, em qualquer Programa/Área de atuação de Residência Médica, será organizada pela COREME através de Processo Seletivo Público, de acordo com critérios estabelecidos pelos Programas/Área de atuação, sempre em comunhão com as normas da Resolução CNRM n.º 04, de 23 de outubro de 2007.

Art. 28º. O Médico Residente deve cumprir o Programa de Residência Médica em regime de tempo integral e, após a conclusão, não adquire qualquer vínculo de natureza empregatícia com o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, Art. 30º. Médico Residente admitido terá anotado



no Contrato Padrão de Residência Médica: qualidade de Médico Residente no programa/área de atuação, nome da Instituição, data de início, previsão de término da residência e valor da bolsa auxílio paga pelo hospital.



Art. 29º. Em casos de interrupção justificada do PRM, o Médico Residente deverá cumprir a carga horária necessária para completar o tempo previsto do Programa sem ônus para o hospital, sob pena de não ser emitido seu Certificado de conclusão do Programa.

Art. 30º. Fazem jus ao Certificado de Conclusão os Médicos Residentes que:

I - cumprirem carga horária integral;

II - apresentarem trabalho de conclusão, conforme definições do PRM no início do período da Residência, até o término do PRM;

III - obtiverem aprovação na Avaliação Final do treinamento e; IV- satisfizerem as condições mínimas previstas neste Regimento Interno, consoante o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981.

CAPÍTULO IX - DA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 31º. Os Médicos Residentes, trimestralmente, terão avaliações com critérios teóricos, práticos e ético- disciplinares, cuja média anual inferior a 7 (sete) implica em reprovação.

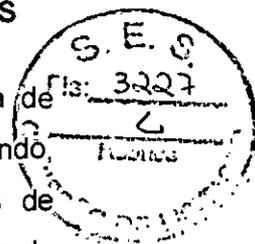
§ 1º Os critérios de avaliação e pontuação dos Médicos Residentes serão definidas por cada PRM, seguindo as diretrizes do caput deste artigo e determinações da CNRM.

§ 2º Compete à COREME, no caso de reprovação, julgar, em reunião extraordinária, em prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da comunicação do Supervisor do PRM, se o Médico Residente reprovado será excluído do PRM ou repetirá novamente o ano do PRM.

§ 3º A decisão do parágrafo anterior será encaminhada à CNRM.

**CAPÍTULO X - DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES**

Art. 32º. À Médica Residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7 da Lei 6932, de 7 de julho de 1981.



Art. 33º. São direitos e deveres dos Médicos Residentes:

- I - o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, da CNRM;
- II - o que consta nas Resoluções editadas pela CNRM do MEC;
- III - o que estabelece o CENEMRS;
- IV - as disposições do presente Regimento Interno;
- V - asseio, pontualidade, frequência e bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos nos PRM,s;
- VI - comparecer a todas as reuniões convocadas pela COREME e preceptores dos programas a que são vinculados;
- VII - portar o crachá de identificação, de uso obrigatório, em local de fácil visibilidade;
- VIII - entregar o Trabalho de Conclusão da Residência Médica, até a data de término do PRM;
- IX - dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
- X - cumprir as obrigações de rotina;
- XI - participar de todas as atividades previstas no regime didático-científico do PRM;



XII - levar ao conhecimento das autoridades superiores, irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;

XIII - completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do PRM, por qualquer causa, justificada ou não;

XIV - eleger anualmente seus representantes junto à COREME.

Art. 33º. Será assegurado ao Médico Residente:

I - bolsa auxílio, de valor mensal estipulada pela CNRM-MEC, até o término previsto para conclusão do PRM;

II - um dia de folga semanal e 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade;

III - alimentação, durante o período em que estiver atuando na unidade onde se desenvolve o PRM;

IV - dispensa de 10 (dez) dias por ano para participação em eventos científicos fora do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, conforme permissão do Preceptor do PRM, que deverá estabelecer:

A) número máximo de residentes que poderá ser dispensado;

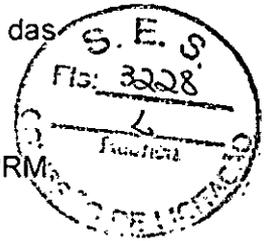
B) número máximo de dispensas em um mesmo ano.

Art. 34º. É vedado ao Médico Residente:

I - ausentar-se do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 durante o período de trabalho sem prévia autorização, por escrito, do Supervisor de seu PRM;

II - delegar a outrem responsabilidades suas previstas no PRM;

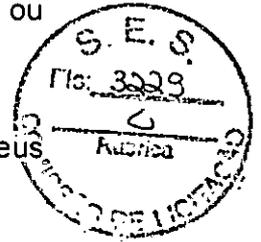
III - exercer atividade profissional remunerada dentro do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, a qualquer título;





IV - retirar, sem prévia anuência da Chefia competente, qualquer objeto ou documento do hospital;

V - tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus superiores.



CAPÍTULO XI - DAS INTERRUPTÕES DO PROGRAMA

Art. 36º. O Médico Residente poderá interromper o PRM nas seguintes situações:

I - licença gestação, em conformidade com o disposto na Lei n.6.932, de 7 de julho de 1981;

II - licença médica, concedida pelo Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGO 2, quando necessário, por um período de até 15 (quinze) dias por ano, para tratamento de saúde, sendo assegurada ao Médico Residente o recebimento integral de sua bolsa;

III - afastamento para participações em Congressos Científicos na especialidade;

IV - afastamento para participação nas reuniões da Associação Nacional dos Médicos Residentes- ANMR- para qual o médico Residente for designado como representante oficial;

V - licenças de Gala (3 dias), Nojo (3 dias) e Paternidade (5 dias).

§ 1º A partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por licença médica, prevista no inciso II deste artigo, o Médico Residente receberá o auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo.

§ 2º O afastamento que exceder o período do inciso II deste artigo, seja consecutivo ou no somatório total das licenças anuais, deverá recuperar integralmente o período perdido ao término do Programa de Residência Médica.



§ 3º Os afastamentos dos incisos III e IV deste artigo poderão ser atendidos de acordo com as necessidades do serviço e no limite máximo de 10 (dez) dias por ano, sempre com a anuência do Supervisor e sem prejuízo para o Programa de Residência Médica.



§ 4º o médico residente que interromper o programa sem o cumprimento da carga horária total, por motivos justificados, e aceitos pelo serviço, poderá retornar no prazo máximo de 01 (um) ano após a interrupção, desde que haja anuência do serviço, vaga e bolsa disponível. Esse reinício poderá ocorrer no mês de fevereiro. Caso não efetue a matrícula até 31 de janeiro do ano seguinte à interrupção, será automaticamente desligado do programa de residência médica.

CAPÍTULO XII - DAS SANÇÕES DISCIPLINARES

Art. 37º. Poderão ser aplicadas as seguintes sanções disciplinares aos Médicos Residentes, além das previstas nos demais diplomas legais referentes à Residência Médica, após terem sido apresentadas, discutidas e aprovadas na COREME:

I - advertência verbal;

II - advertência escrita;

III - suspensão;

IV - exclusão.

Art. 38º. A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

Art. 39º. As advertências verbais, nos casos de indisciplina, insubordinação ou negligência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Art. 40º. As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade



moderada serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica e comunicadas à COREME.

Art. 41º. A suspensão será aplicada ao médico residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disciplinar se revestir de maior gravidade.

Parágrafo único. A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

Art. 42º. A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão encaminhadas à Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica.

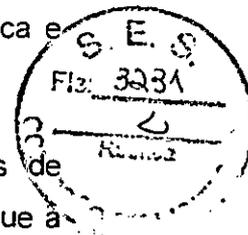
Parágrafo único. A sanção de exclusão será aplicada exclusivamente pela COREME, após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este propósito apenas.

Art. 43º. Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 10 (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente, bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Art. 44º. As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de suspensão e exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa que providencia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º Iniciado o Processo o Coordenador da COREME abre prazo de 5 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado em seguida, um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2º Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão.

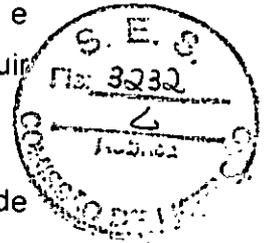




§ 3º Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao Médico Residente, inclusive assegurado o direito de constituir defensor.

§ 4º É concedida ao Médico Residente vistas ao processo em qualquer uma de suas fases.

§ 5º As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME e encaminhadas Diretor Técnico para à providências cabíveis.



CAPÍTULO XIII - DAS DISPOSIÇÕES PEDAGÓGICAS

Art. 45º. O Corpo Clínico do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 participará do ensino da Residência Médica.

Art. 46º. Os Preceptores atenderão, como os demais membros do Corpo Clínico, os pacientes que lhe forem atribuídos, juntamente com os Médicos Residentes.

Art. 47º. Os pacientes dos demais membros do Corpo Clínico poderão ser atendidos pelos Médicos Residentes em comum acordo com os Médicos Assistentes.

CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 48º. Os casos omissos serão resolvidos pela COREME e encaminhadas às CEREMRS, CNRM e Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2.

Art. 50º. Este Regulamento poderá ser revisto por proposta escrita da COREME à Diretoria do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2. O presente Regimento Interno entrará em vigor nesta data, em decorrência de sua aprovação pelo Diretor Técnico revogando-se as disposições em contrário.

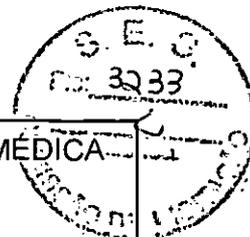
Goiânia,.....de.....de.....

Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico

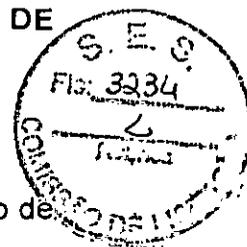


3.2.1.14.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)	
MÊS	ATIVIDADES
1 a 5	<p>Montagem da Comissão com indicação dos membros a seguir listados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Coordenador da COREME • 1 Supervisor de cada Programa das áreas básicas e das especialidades onde se desenvolve a residência médica • 1 Representante dos Médicos Residentes • 1 Secretário <p>Tarefa para os dois primeiros meses: Definir o programa de Residência Médica do HUGO 2, obter a homologação do programa, executar a divulgação e a prova de seleção. Escolher os residentes mediante resultado da prova técnica e entrevista. Promover a eleição do Coordenador da COREME, preceptores supervisores e do representante dos Médicos Residentes, conforme preconizado no regimento.</p>
DE 6 A 12 ATIVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o controle evolutivo do programa de Residência Médica • Realizar as reuniões mensais de avaliação do Programa de Residência Médica

[Handwritten signatures]

**3.2.1.15. COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE - NÚCLEO DE
ESTATÍSTICA****3.2.1.15.1. PROPOSTA**

A Vigilância em Saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ética da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

As ações específicas de vigilância epidemiológica e vigilância ambiental fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações coletivas e as ações de caráter individual, organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

O monitoramento pode ser entendido como o acompanhamento contínuo das atividades, de forma a avaliar se as mesmas estão sendo desenvolvidas conforme planejado.

Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, a identificação de suas causas e a caracterização de seus efeitos.

O monitoramento e avaliação permitem a reprogramação para o aprimoramento das ações executadas.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante para a Vigilância em Saúde, pois subsidiam o planejamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a tomada de decisões.

Assim, o Núcleo de Vigilância à Saúde, responsável pelos processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser instituídos como reorientadores das práticas de saúde.

O monitoramento deve contemplar a notificação de doenças e agravos, investigação epidemiológica, diagnóstico laboratorial de agravos de saúde



pública, vigilância ambiental, vigilância de doenças transmitidas por vetores e de antropozoonoses, controle de doenças, monitorização de agravos de relevância epidemiológica, divulgação de informações epidemiológicas.



A equipe do Núcleo de Vigilância à Saúde deve monitorar os resultados dos indicadores de saúde, de acesso e de qualidade, contribuindo para o planejamento das ações.

a. Membros componentes:

O Grupo Vigilância à Saúde deverá ser composto pelo Diretor Técnico, Gerência de Enfermagem, de 1 representante da UTI e de 1 Epidemiologista.

3.2.1.15.2. REGIMENTO DA COMISSÃO VIGILÂNCIA À SAÚDE – NÚCLEO ESTATÍSTICA

CAPÍTULO I - OBJETIVO

Art. 1º. O objetivo deste Regimento é organizar o funcionamento da Comissão de Vigilância à Saúde – Núcleo Estatística visando institucionalizar o processo permanente de monitoramento e avaliação, utilizando metodologias e instrumentos, analisar dados de saúde, gerando informações úteis para o planejamento e avaliação das ações; Planejar ações de controle de agravos; Nortear a organização do processo de trabalho, na perspectiva da vigilância da saúde; Subsidiar o debate permanente e o planejamento das ações; Participar da construção do painel de monitoramento; Propiciar transparência na avaliação e divulgação da informação;

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição desta Comissão será:

I. Gerência de Enfermagem

II. 1 representante da UTI

III. 1 Epidemiologista.

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;



Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO III - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.

Art. 7º. A Comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO IV - SEDE

Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

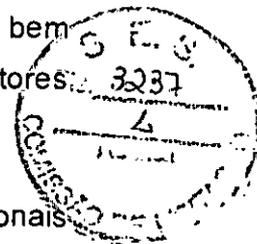
Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.



Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão poderá convidar consultores ou profissionais de reconhecida competência na área.



Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pre-definida.

Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

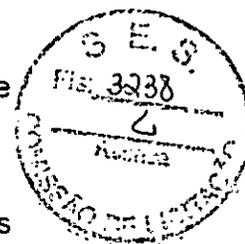
Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. São obrigações da comissão:

- I. Apresentar, mensalmente, análise referente ao período garantindo o processo de discussão entre as várias áreas técnicas com a socialização das informações específicas de cada área.
- II. Acompanhar os processos de ocorrência de eventos adversos monitorando e avaliando, atuando como reorientadores das práticas de saúde.
- III. O monitoramento deve contemplar a notificação de doenças e agravos, investigação epidemiológica, diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública, vigilância ambiental, vigilância de doenças transmitidas por vetores e



de antroponozoonoses, controle de doenças, monitorização de agravos de relevância epidemiológica, divulgação de informações epidemiológicas.

IV. A equipe do Núcleo de Vigilância à Saúde deve monitorar os resultados dos indicadores de saúde, de acesso e de qualidade, contribuindo para o planejamento das ações.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

Art. 21º. Este Regimento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;

Art. 22º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

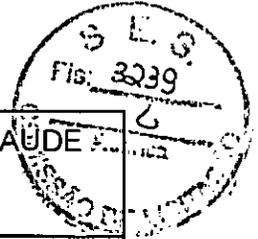
Goiânia,.....de.....de.....

Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico



3.2.1.15.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL



CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE NÚCLEO DE ESTATÍSTICA	
MÊS	ATIVIDADES
1 e 2	<p>Nomeação pelo Diretor Técnico dos membros da Comissão de Vigilância à Saúde – Núcleo de Estatística: gerente de enfermagem, 1 representante d UTI e 1 epidemiologista.</p> <p>Definir cronograma das reuniões mensais</p> <p>Definir os indicadores de morbidade que serão acompanhados</p> <p>Definir a metodologia de obtenção das informações: via sistema computadorizado, levantamento manual etc. em virtude o cronograma de implantação do sistema e do tipo de informação que será disponibilizada.</p> <p>Construção do Painel de Monitoração da Vigilância à Saúde</p>
DE 3 A 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> reuniões mensais para controle e acompanhamento, com emissão de relatório, a ser distribuído para todas as áreas e diretoria até o 5º dia útil do mês posterior

**3.2.1.16. COMISSÃO DE PROTOCOLOS****3.2.1.16.1. PROPOSTA**

O contexto das políticas de contenção de custos e de avaliação da assistência conduziu para definir enfoques disciplinares relacionados entre si: Sistema de Custos, Padronização Diagnóstica e Terapêutica (protocolos) e Avaliação Tecnológica.

Os gestores de protocolos das unidades funcionais são investidos no papel de consultores técnicos, que têm um papel fundamental, não só construção dos protocolos, nos seus conteúdos, como também nos elementos envolvidos.

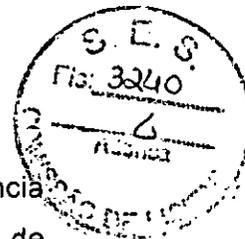
A importância dos protocolos é que as partes envolvidas sintam-se, efetivamente, comprometidas com os acordos alcançados.

Assim, elaborado o protocolo, se faz um acordo entre as partes (corpo clínico, assistência farmacêutica, SADT, Laboratório, Nutrição) que o assumem como instrumento de relação.

Se o Sistema de Prontuário Eletrônico o permitir, esses protocolos estarão dentro do Sistema e serão "Guide Lines" a serem seguidos no diagnóstico e terapêutica dos pacientes do HUGO 2.

b. Membros componentes:

- 1 Gerente Operacional de Enfermagem
- 1 representante da Clínica Cirúrgica
- 1 representante da Clínica Médica
- 1 representante da UTI
- 1 representante da Unidade de Queimados
- 1 representante da Unidade de Urgência/Emergência



**3.2.1.16.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE PROTOCOLOS****CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. O objetivo deste regimento é organizar o funcionamento da Comissão de Protocolos visando institucionalizar o processo permanente de monitoramento e avaliação de protocolos clínicos, de enfermagem e das demais disciplinas, utilizando metodologias e instrumentos adequados para atualizá-los e ajustar sempre que necessário.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição desta Comissão será:

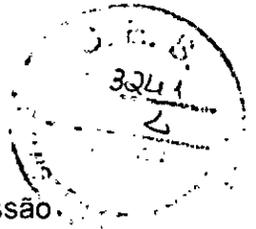
- I. 1 Gerente Operacional de Enfermagem
- II. 1 representante da Clínica Cirúrgica
- III. 1 representante da Clínica Médica
- IV. 1 representante da UTI
- V. 1 representante da Unidade de Queimados
- VI. 1 representante da Unidade de Urgência/Emergência

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;

Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

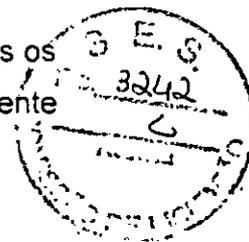
CAPÍTULO III - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.





Art. 7º. A Comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.



CAPÍTULO IV - SEDE

Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão poderá convidar consultores ou profissionais de reconhecida competência na área.

Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pré-definida.

Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.



Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19º. São obrigações da Comissão:

I. Receber sugestões de inclusão, alteração e exclusão de protocolos assistenciais;

II. Analisar as atualizações de protocolos assistenciais publicadas pelas sociedades médicas e paramédicas, divulgando internamente no HUGO 2 e recomendando a implantação ou não, com a devida justificativa.

III. Solicitar a todas as áreas que utilizam protocolos assistenciais relatórios de ocorrências em relação aos protocolos assistenciais para identificar problemas na utilização dos protocolos e propor análises e avaliações no sentido de contribuir para a solução desses eventos adversos.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

Art. 21º. Este regimento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;



Art. 22º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Goiânia,.....de.....de.....

Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico



3.2.1.16.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PROTOCOLOS (CPROT)	
MÊS	ATIVIDADES
1	Nomeação pelo Diretor Técnico e pelos Chefes de Serviço Gestores de protocolos de cada Unidade Funcional de produção, Definição, por cada Clínica, de quais protocolos deverão ser desenvolvidos e qual a sequência e qual o tempo de desenvolvimento.
2 a 12	ATIVIDADES Frequência das Reuniões da comissão Semanais, por clínica, até definição de quais protocolos serão implantados. Semanais, global, até ao início da implantação dos protocolos. Mensais para avaliação do processo. Emissão de relatório mensal sobre a evolução da implantação dos protocolos para avaliação pela Diretoria Técnica.

**3.2.1.17. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E
MEDICAMENTOS****3.2.1.17.1. PROPOSTA**

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos tem por finalidade analisar, estabelecer e controlar a: inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais e Terapêutica e utilizados dentro da unidade hospitalar, garantindo que tudo o que for utilizado no hospital seja de acordo com a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O objetivo da comissão é garantir qualidade e segurança no atendimento ao paciente com produtos de qualidade.

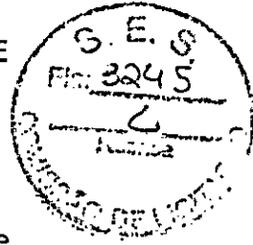
**3.2.1.17.2. REGIMENTO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE
MAT/MED****CAPÍTULO I - OBJETIVO**

Art. 1º. O objetivo deste Regimento é organizar o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos institucionalizar o processo permanente de monitoramento e avaliação de protocolos clínicos, de enfermagem e das demais disciplinas, utilizando metodologias e instrumentos adequados para atualizá-los e ajustar sempre que necessário.

CAPÍTULO II - COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição desta Comissão será:

- I. 1 Gerente Operacional de Enfermagem
- II. 1 representante da Clínica Cirúrgica
- III. 1 representante da Clínica Médica
- IV. 1 representante da UTI
- V. 1 representante da Unidade de Queimados
- VI. 1 representante da Unidade de Urgência/Emergência





VII.1 Representante da Farmácia

VIII.1 Representante do CCIH

Art. 4º. Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pelo Diretor Técnico de acordo com as necessidades do Serviço e do Hospital;

Art. 5º. A critério da Diretoria Técnica e da própria Comissão, será definida a carga horária total dos membros a ser dedicada de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

CAPÍTULO III - MANDATO

Art. 6º. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável.

Art. 7º. A comissão terá 1 presidente, 1 vice-presidente e, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO IV - SEDE

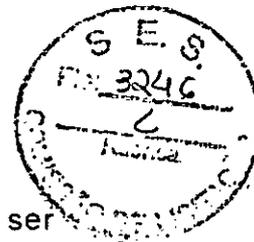
Art. 8º. A sede da Comissão será na sala das Comissões, em área a ser definida no Hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme as necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 10º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 11º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.





Art. 12º. As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos membros presentes.

Art. 13º. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas, recomendações etc. a comissão poderá convidar consultores ou profissionais de reconhecida competência na área.

Art. 14º. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participarem das reuniões, desde que autorizado previamente e com pauta pré-definida.

Art. 15º. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata da qual será arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 16º. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

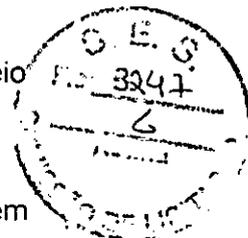
Art. 17º. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões mais aprofundadas, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico, Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Art. 18º. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI - ATRIBUIÇÕES

Art. 19. São obrigações da Comissão:

- I - gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo no Hospital;
- II - manter processo permanente de atualização da lista, através de consulta ao mercado, à enfermagem e ao corpo clínico;
- III - analisar, testar e emitir parecer técnico de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo das unidades de serviço;





IV - elaborar a padronização de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo, visando a orientação do processo licitatório de compra de materiais e medicamentos;

V - prestar assessoria técnica à Coordenação de Compras, Logística e Suprimentos da Diretoria Administrativa;

VI - assegurar que os medicamentos e materiais hospitalares a serem adquiridos estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela comissão técnica;

VII - manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais hospitalares adquiridos para uso contínuo na instituição;

VIII - Receber sugestões de inclusão, alteração e exclusão de protocolos assistenciais;

IX - Analisar as atualizações de protocolos assistenciais publicadas pelas sociedades médicas e paramédicas, divulgando internamente no HUGO 2 e recomendando a implantação ou não, com a devida justificativa;

X - Solicitar a todas as áreas que utilizam protocolos assistenciais relatórios de ocorrências em relação aos protocolos assistenciais para identificar problemas na utilização dos protocolos e propor análises e avaliações no sentido de contribuir para a solução desses eventos adversos.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica em conjunto com o Diretor Geral do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - Hugo 2.

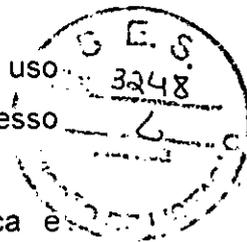
Art. 21º. Este Regimento poderá ser alterado por necessidade de atualização ou em decorrência de legislação e normatizações pertinentes ao assunto;

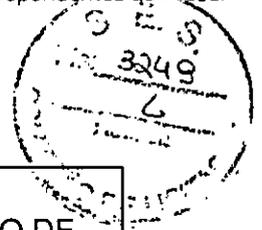
Art. 22º. O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Goiânia,de.....de.....

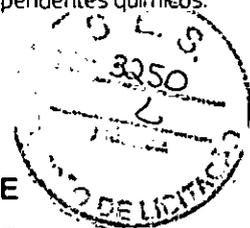
Assinam:

Diretor Geral Diretor Técnico



**3.2.1.17.3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL**

CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MAT / MED E EQUIPAMENTOS	
MÊS	ATIVIDADES
1	<p>Nomeação pelo Diretor Técnico dos membros permanentes da Comissão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnico da área de gestão de materiais e compras, • Enfermeira da CCIH • Enfermeira da CME • Farmacêutico • Técnico do Faturamento • Médico Auditor de Contas Hospitalares • Consultores especialistas – sob demanda <p><u>NOS DOIS PRIMEIROS MESES A FREQUÊNCIA DE REUNIÕES SERÁ SEMANAL ATÉ À REVISÃO FINAL DA LISTA INICIAL</u></p> <p>Analisar a Lista de Materiais e Medicamentos padronizados, existente na proposta inicial e, propor / adotar as alterações que se entenderem necessárias.</p>
2	<p>Analisar a Lista de Materiais e Medicamentos padronizados, existente na proposta inicial e, propor / adotar as alterações que se entenderem necessárias.</p>
3 a 12	<p>ATIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo no Hospital; • manter processo permanente de atualização da lista, através de consulta ao mercado, à enfermagem e ao corpo clínico; • Analisar, testar e emitir parecer técnico de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo das unidades de serviço; • Elaborar a padronização de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo, visando a orientação do processo licitatório de compra de materiais e medicamentos; • Prestar assessoria técnica à Coordenação de Compras, Logística e Suprimentos da Diretoria Administrativa e Financeira; • Assegurar que os medicamentos e materiais hospitalares a serem adquiridos estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela comissão técnica; • Manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais hospitalares adquiridos para uso contínuo na instituição.



3.2.1.18. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA HUGO 2

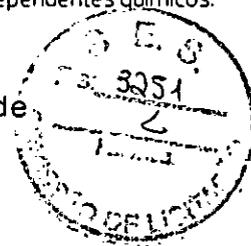
Introdução:

O Ministro da Saúde, através da publicação da Portaria Nº. 2.600, de 29 de Outubro de 2009, determina a constituição de CIHDOTT- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidas a seguinte classificação:

- I - CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e
- III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

Capítulo I - Do objetivo do Regimento

Artigo 1º. Este Regimento estabelece a finalidade, composição e competência da Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do HUGO2, que tem principais atividades a detecção de potenciais doadores de órgãos e tecidos, avaliação de potenciais doadores, manutenção hemodinâmica, realização de entrevista familiar e viabilização das



doações de órgãos e tecidos. Bem como organização das atividades de orientação e conscientização sobre doação de órgãos e tecidos.

Capítulo II –

Esta Comissão tem como finalidade organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos.

Capítulo III - Da composição e organização

a) A presente Comissão está vinculada diretamente à diretoria clínica do HUGO2 e está composta em ato formal por 21 membros, sendo um médico designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante.

b) Tempo de permanência da Comissão: 2 (dois) anos, podendo permanecer por mais 2 (dois) anos se assim for decidido pelo grupo de escolha;

c) Formação/substituição dos membros da Comissão:

- Os nomes deverão ser indicados pela CIHDOTT vigente, baseada na experiência das atividades de captação e dinâmica do funcionamento do hospital;

- Os nomes deverão ser submetidos à aprovação da Direção Clínica do Hospital;

Capítulo IV - Da competência

Representar ou fazer representar os interesses e deliberações da Comissão nas instâncias ou órgãos superiores do Hospital.

São atribuições desta comissão:

a) Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

b) Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

c) Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das unidades de tratamento intensivo e urgência

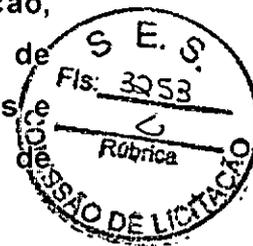


- e emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- d) Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente e dentro de estritos parâmetros éticos;
- e) Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme resolução do CFM sobre o tema;
- f) Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;
- g) Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
- h) Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- i) Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique é necessário agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- j) Articular-se com as respectivas centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDO) e organizações de procura de órgãos – OPO`S e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- k) Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434, de 1997;
- l) Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos





documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434, de 1997;



- m) Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- n) Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas conforme os formulários i e ii do anexo v da portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009;
- o) Apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o formulário III do anexo V da Portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009;
- p) Nos casos em que se aplique é necessário articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;
- q) Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;
- r) Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e
- s) Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na ata do processo doação/transplante, do formulário I do anexo IV da portaria 2.600 de 29 de outubro de 2009.

Capítulo V - Do funcionamento



As reuniões serão bimestrais de forma ordinária e excepcionalmente de acordo com a necessidade. O horário e dia devem ser determinados no início de cada ano, por meio de convocatória. A pauta deverá ser comunicada com antecedência a todos os membros da Comissão, quando da convocação das reuniões.

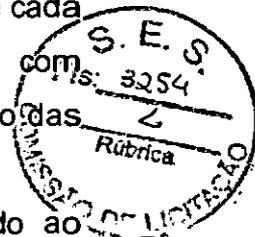
Todos os membros devem estar presentes pontualmente, justificando ao Presidente sua falta ou atraso. No caso de 3 (três) faltas injustificadas, de qualquer membro da comissão, será sugerida a sua substituição.

O Coordenador será o responsável pelo desenrolar das atividades da Comissão, respondendo oficialmente por toda ação desenvolvida e suas consequências.

Será o elo com o Coordenador da CNCDO; Será o representante legal perante a Direção do Hospital; Deverá assinar toda correspondência enviada; Deverá assinar os relatórios oficiais a serem enviados a CNCDO.

email: central@transplantes.go.gov.br

Home Page: <http://www.transplantes.go.gov.br>



Capítulo VI – Atas

Nas atas deverão constar todos os membros presentes, ausentes, justificativas de falta e as disposições principais discutidas em reunião.

Capítulo VII - Da renovação da presidência

Fica pré-estabelecido que o presidente tenha mandato de 2 anos.

Das Disposições Finais

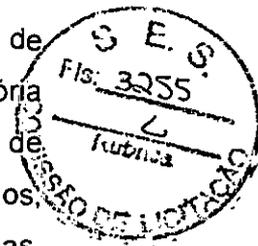
Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CNCDO-GO

Desde sua fundação, a CNCDO-GO, graças ao empenho e desprendimento de seus colaboradores, tem procurado implantar e implementar parcerias com diversas entidades, quer da área da saúde ou não, assim como envolver o maior número possível de instituições e equipes multiprofissionais de saúde,



estimulando o credenciamento das mesmas junto ao Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. Ao longo de todos esses anos, a história dos transplantes em Goiás tem mostrado distintas realidades, através de quantitativos variáveis de produção de transplantes, quer de órgãos sólidos, quer de tecidos, com especial destaque para os transplantes de rins e córneas, cuja demanda se destaca em relação aos demais.



Sempre em estrita consonância com as orientações ministeriais e considerando as esperadas evoluções nos inúmeros aspectos envolvidos no que se refere aos transplantes, o grande objetivo a ser perseguido refere-se, sem qualquer sombra de dúvida, ao aumento das doações e, conseqüentemente, do número de transplantes de órgãos e tecidos. Observa-se, como em todos os cantos do mundo, um crescente aumento da demanda por órgãos e tecidos, numa curva exponencial no que se refere aos pacientes em fila de espera, enquanto que as doações aumentam muito pouco ou mesmo permanecem no mesmo patamar de um ano para outro. Tal fato nos leva a observarmos, a cada ano, uma fila crescente, gerando compreensíveis preocupações por tal fato. Tal afirmação pode ser comprovada acessando nossas estatísticas disponíveis em nossa página.



SUS
Sistema Único de Saúde

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**



GOVERNO DE
GOIÁS
ALIANÇA INTERMUNICIPAL



CLÍNICAS E HOSPITAIS TRANSPLANTADORES

Instituição	Órgão/Tecido
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	Coração
CBCO – Centro Brasileiro de Cirurgia de Olhos	Córnea
Clínica de Olhos Camargo Zambrin	Córnea
Fundação Banco de Olhos de Goiás	Córnea
Hospital da Visão	Córnea
Hospital de Olhos Vila Nova	Córnea
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Córnea
Hospital de Olhos de Aparecida de Goiânia	Córnea
Hospital Santa Terezinha	Córnea
Instituto de Olhos de Goiânia	Córnea
Instituto de Olhos Limongi Ltda	Córnea
Instituto Panamericano da Visão	Córnea
Ver Excelência em Oftalmologia Ltda.	Córnea
Associação de Combate ao Câncer de Goiás	Medula
Hospital Ortopédico de Goiânia Ltda	Tecido Ósteo
Clínica Santa Geneveva	Rim/Pâncreas
Hospital e Maternidade Jardim América	Rim
Hospital Clínicas Santa Geneveva S/C	Rim
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	Rim
Hospital Geral de Goiânia	Rim
BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO	
Instituição	Órgão
Hospital da Fundação Banco de Olhos de Goiás	Córnea
Hospital das Clínicas da UFG	Córnea
LABORATÓRIO	
Instituição	Órgão
Laboratório de Imunologia de Transplantes de Goiás	
Santa Casa de Misericórdia de Goiânia HLA	

3.2.2. QUALIDADE DO ATENDIMENTO

A qualidade do Atendimento aos usuários, familiares, acompanhantes e visitantes é importante não somente sob o aspecto de satisfação de todos esses envolvidos, mas também porque tem grande influência na recuperação do paciente.

62 3942 1300

ibgh.org.br

517

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-000

A proposta visa implantar rotinas para que o atendimento dos usuários e o trabalho em termos da humanização dos serviços prestados pelo HUGO 2 atinjam um nível de excelência, não somente sob a ótica do SUS, mas também em comparação com serviços privados.



Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, serão considerados parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que tornem o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

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:

A - 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.

B - Para o profissional dos hospitais, 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.

A internação é etapa crítica no processo da assistência hospitalar.

Tanto paciente quanto acompanhante(s) estão estressados, ansiosos e receosos.

A presença do acompanhante é extremamente importante para o indivíduo internado.

É nesse contexto que o HUGO 2 propõe a definição das normas gerais de acomodação e conduta para acompanhantes de pacientes internados:



- Para cada paciente internado, um acompanhante;
- O acompanhante é o responsável pelo paciente;
- O acompanhante tem direito ao desjejum, almoço e ceia;
- Para cada acompanhante, 01 cadeira ou espreguiçadeira.
- Equipe multidisciplinar para acolhimento da visita e do acompanhante, dando apoio para que a visita possa ajudar o paciente na sua recuperação;
- Adequação de locais para que os doentes, em condições, possam receber os visitantes fora do leito;
- Equipe de referência para considerar demandas específicas como: visitas de horário determinado, número visitantes fora do estabelecido, etc.;
- Presença de um integrante da equipe de cuidados no **momento** da visita.
- Flexibilidade nas normas para troca de acompanhantes fora dos horários estabelecidos.



3.2.2.1. MANUAL DE RECEPÇÃO E ORIENTAÇÃO SOCIAL PARA USUÁRIOS E FAMILIARES

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas (também verbais), o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

"Prezado(a) Paciente,

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste Manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

1 - DA INTERNAÇÃO

A internação do paciente somente poderá ser efetuada sob a responsabilidade de um médico legalmente habilitado.

O paciente/responsável deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados e apresentar originais, assim como a AIH devidamente autorizada pela Secretaria de Estado de Saúde.

No ato da internação, o paciente/responsável deverá tomar conhecimento deste manual e observarem e cumprir as orientações.

**2 - DO ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM**

Além do médico que ficará responsável pelo tratamento, o paciente terá assistência permanente dos médicos plantonistas, para eventuais intercorrências.

A Divisão de Enfermagem do HUGO 2 mantém em cada unidade de internação, enfermeiras e técnicos de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 24 horas. Os cuidados de enfermagem são prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizados é também, responsável pela execução da prescrição médica.

É vedada a interferência de acompanhantes/visitantes na assistência e na enfermagem do HUGO 2.

3 - DOS ACOMPANHANTES E VISITANTES

Chegando ao HUGO 2, dirigir-se à "Central de Informações e Identificação" – CII para obter a autorização de entrada para visitar o paciente.

Após receber a autorização, aguardar o horário da visita em local indicado.

Cada paciente somente poderá receber o número de visitas determinado pelo HUGO 2 (informado na CII) e sempre maiores de 12 anos.

Pacientes menores até 14 anos e maiores de 60 anos terão direito a um acompanhante.

Os demais pacientes somente terão direito a um acompanhante mediante solicitação, por escrito, do médico assistente e/ou da enfermeira chefe da unidade de internação.

Os horários de troca de acompanhantes são válidos para todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados. Todas as trocas deverão ocorrer na Recepção de Internação.

08h às 09h

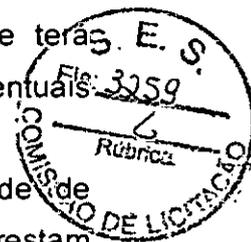
12h às 13h

18h às 19h

A visita de crianças de 3 a 12 anos é permitida em caráter excepcional, com prévia autorização do médico, enfermeira chefe da unidade de internação ou assistente social. A solicitação deverá ser feita com antecedência, de segunda a sexta-feira, das 08 horas às 16 horas.

4 – HORÁRIOS DE VISITAS

- Enfermarias: das 15h às 16h





- UTI Adulto: das 10h às 11h e 16h às 17h
- UTI Pediátrica: das 10h às 11h e 16h às 17h
- Centro de Queimados: das 10h às 11h e das 16h às 17h

5 - CUIDADOS DOS ACOMPANHANTES PARA DIMINUIÇÃO INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO HOSPITALAR

As medidas a seguir são muito importantes para a diminuição da incidência de infecção hospitalar, que representam sérios para os pacientes

- Lave as mãos ao chegar ao hospital. Não traga para o paciente poeira da rua. As mãos são um dos principais veículos de germes;
- Lave sempre as suas mãos, antes e após cuidar do seu familiar;
- Não se sente no leito, a roupa possui germes que podem gerar infecções nas pessoas internadas;
- Não é permitido trazer flores naturais para o ambiente hospitalar, pois podem afetar a recuperação dos pacientes;
- A roupa cedida pelo hospital é para a sua proteção, seu uso é restrito nas enfermarias. Evite circular em outros locais com a mesma;
- Durante a visita ao seu familiar, não manipule outros doentes;
- Quando estiver doente, evite visitar o seu familiar;
- Não é permitida a entrada sem o uso de camisa, utilizando roupas de banho ou trajes inadequados ao ambiente hospitalar;
- Se você vai ficar acompanhando o paciente durante o período de sua internação, lembre-se de que apesar de sua boa vontade, você não deve auxiliar no cuidado de outros pacientes;
- Não traga alimentos. O serviço de nutrição é o único responsável pela dieta do paciente;
- É permitido afagar seu ente querido, mas não toque em seus curativos e equipamentos relacionados ao seu tratamento;
- Não aconselhamos visitas de crianças abaixo de 12(doze) anos de idade, salvo em casos especiais e com a autorização prévia da administração do hospital;
- Em caso de dúvida acerca do soro, curativo e outras situações, procure a enfermagem ou o médico da enfermaria para esclarecê-lo;



- Não saia com dúvidas, procure nossos profissionais e, saiba que todas as medidas terapêuticas empregadas em seu familiar são unicamente em benefício dele;

- Se você veio apenas visitar, antes de sair do hospital não se esqueça de lavar as suas mãos. Não leve para casa germes do ambiente hospitalar.



6 - INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES

Não será fornecida nenhuma informação por telefone, sobre o estado clínico do paciente. Durante o horário de visitas ou outro horário acordado, o paciente poderá ser visitado e/ou falar com o médico assistente para obter mais detalhes do estado clínico ou quaisquer outras dúvidas que desejem esclarecer.

7 – AVISOS IMPORTANTES

- Visitantes e/ou acompanhantes não devem sentar-se no leito do paciente. Devem lavar as mãos antes de cumprimentá-la, contribuindo com a prevenção de infecção hospitalar;

- Evitar circular nas outras enfermarias, corredores e Posto de Enfermagem;

- Os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo;

- É proibido fumar nos aposentos do paciente e nas dependências internas do HUGO 2;

- É proibido lavar e estender roupas (pessoais e/ou uso doméstico) nos aposentos do paciente e nas dependências internas/externas do HUGO 2;

- É proibido mexer nos equipamentos hospitalares destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro;

- É proibido permanecer mais de um acompanhante nos aposentos do paciente, após o horário de visitas;

- Os funcionários do HUGO 2 não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes e/ou acompanhantes;

- É expressamente proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização da Gerência de Nutrição do HUGO 2.

- A enfermeira chefe da unidade de internação é a pessoa mais indicada para esclarecer dúvidas. Procure-a sempre que necessário.

8 – DA GUARDA DE VALORES



O HUGO 2 não se responsabiliza por objetos de valor deixados nas enfermarias (dinheiro, celulares, jóias, etc.).

9 - DAS REFEIÇÕES

Terão direito ao café da manhã e almoço, acompanhantes de menores até 14 anos e acima de 60 anos, mediante apresentação de crachá de identificação, entregue na Recepção de Internação, no ato da admissão.

Os horários de refeições para pacientes:

1. Desjejum - 06h às 07h
2. Lanche - 09h às 10h
3. Almoço - 11:00h às 11:30h
4. Lanche - 15h às 16h
5. Jantar - 17:30h às 18:30h
6. Ceia - às 21h

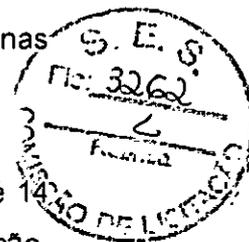
O horário de refeições de acompanhantes:

1. Desjejum - 06h às 07h (na enfermaria)
2. Almoço - 11h às 11:30h (no refeitório)

As dietas dos pacientes serão aquelas prescritas pelo médico assistente, não sendo permitida a interferência de acompanhante/visitante ou trazer alimentação quando o paciente estiver sujeito a dieta específica.

10 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- Com a finalidade de proteger e resguardar o bem estar dos pacientes e o bom funcionamento do HUGO 2 é vedado:
 - Trazer medicamentos para ministrá-los ao paciente;
 - Acender velas e/ou trazer quaisquer outros objetos para os aposentos do paciente que tragam riscos para a integridade física e moral das pessoas;
 - É permitido o uso de aparelhos de TV, ventiladores ou outros objetos de uso pessoal, dentro das enfermarias. Para evitar transtornos, registre seus equipamentos/objetos no ato da internação, assim como facilitará, na hora da alta hospitalar, a checagem completa do patrimônio da empresa;
 - A Administração do HUGO 2 reserva-se o direito de alterar qualquer item do presente manual, sem aviso prévio, no sentido de resguardar e proteger os interesses dos pacientes e da instituição."



Este Manual atende perfeitamente às necessidades de esclarecimentos de usuários e acompanhantes/visitantes.

3.2.2.2. ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES



O usuário sempre será recepcionado no HUGO 2 conforme a classificação de risco de Manchester independentemente da porta de entrada: Ambulatorial ou Urgência/Emergência.

A classificação de risco conforme o protocolo de Manchester já foi devidamente apresentada e este protocolo servirá, além da avaliação de risco do paciente e a consequente priorização e encaminhamento do mesmo para a devida clínica, o protocolo também servirá para a avaliação e priorização para o HUGO 2 oferecer ao usuário e familiares o atendimento pelo serviço de psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social, conforme o caso.

Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado o Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.

A orientação social e apoio psicossocial estão intimamente ligados à classificação de risco do paciente quando da sua chegada ao HUGO 2 e, posteriormente, à medida que o tratamento terapêutico evolui.

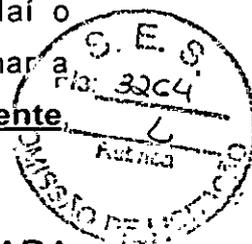
A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será tomada através de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de sugestão/orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o paciente e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.

A orientação social também será fruto da iniciativa do médico, basicamente, podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.

Cumprе esclarecer, que no caso de classificação de risco vermelha, sempre, a área de psicologia será avisada e entrará em contato com o usuário e/ou familiares para verificar se há necessidade de algum apoio psicológico.



Caso os familiares e paciente não necessitem desse apoio, a partir daí o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionar a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, com o paciente e familiares.



3.2.2.3. HORÁRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA VISITAS

Essas instruções já estão contidas no MANUAL DE RECEPÇÃO E ORIENTAÇÃO SOCIAL PARA USUÁRIOS E FAMILIARES NO ITEM 3.2.2.1.

3.2.2.4. INSTRUÇÕES PARA ACOMODAÇÃO E CONDUTA DE ACOMPANHANTES

Essas instruções já estão contidas no MANUAL DE RECEPÇÃO E ORIENTAÇÃO SOCIAL PARA USUÁRIOS E FAMILIARES NO ITEM 3.2.2.1.

3.2.2.5. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (PNH)

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 pelo HUGO 2.

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 tornem o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 2 referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

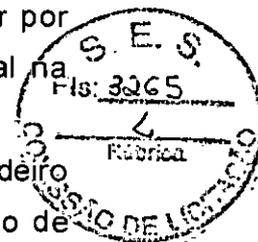
Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

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 dos hospitais, 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.



OBJETIVOS

- Tornar o HUGO 2 participante do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;
- Instaurar GTHs – Grupos de Trabalho para Humanização;
- Criar cultura interna em relação à Humanização da assistência;
- Capacitar profissionais para a conduta com vistas à Humanização;
- Cadastrar o HUGO 2 no PNHAH.

AÇÕES DE PREPARAÇÃO PARA INSERÇÃO NO PNHAH

I - Parâmetros de acolhimento:

1. Sistema de marcação de consultas;
2. Tempo de espera para atendimento;
3. Acesso de acompanhantes e visitas;
4. Sistema de internação;
5. Sistema de marcação, realização e resultados de exames.

II - Parâmetro das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

1. Adequação/criação de áreas de espera;
2. Sinalização das áreas e serviços do hospital;



3. Instalações físicas e aparência do hospital;
4. Equipamentos;
5. Refeições;
6. Meios para efetivação de queixas e sugestões;
7. Espaço de recreação e convivência dos pacientes.

**III - Parâmetro das informações oferecidas aos usuários:**

1. Identificação dos profissionais;
2. Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;
3. Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;
4. Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

V - Parâmetro da relação entre usuários e profissionais:

1. Eficiência, gentileza, interesse e atenção
2. Compreensão das necessidades dos usuários
3. Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento
4. Privacidade no atendimento

VI - Parâmetro gestão hospitalar e participação dos profissionais:

1. Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;
2. Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;



3. Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;
4. Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;
5. Aplicação sistemática de normas de trabalho.

**VII - Parâmetro condições de trabalho na instituição:**

1. Áreas de conforto;
2. Segurança;
3. Equipamentos e materiais;
4. Higiene.

VII - Parâmetro apoio aos profissionais:

1. Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital;
2. Refeitório;
3. Área de descanso e convivência;
4. Atividades recreativas e/ou sociais;
5. Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;
6. Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;
7. Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.

VIII - Parâmetro qualidade da comunicação entre os profissionais:

1. Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;
2. Canais de informações oficiais da administração do hospital;
3. Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.

**IX - Parâmetro relacionamento interpessoal no trabalho:**

1. Confiança;
2. Integração grupal;
3. Cooperação.

**X - Parâmetro valorização do trabalho e motivação profissional:**

1. Respeito;
2. Reconhecimento;
3. Motivação;
4. Realização;
5. Satisfação.

CRITÉRIOS DE ACOLHIMENTO

- Todo usuário deve ser acolhido por profissional habilitado, ao chegar ao Hospital;
- O usuário deve ser tratado pelo nome, sendo vedado dirigir-se ao mesmo utilizando somente o nº do leito ou prontuário;
- Toda estrutura física da Unidade deve ser digna, salubre, limpa, agradável, de modo a favorecer o bem-estar do usuário e profissional;
- Deve ser disponibilizado ao usuário, Manual informativo das regras do Hospital, com indicação de cuidados que o usuário deve ter para sua segurança;
- O usuário não deverá esperar mais de trinta (30) minutos para ser atendido;
- O usuário não está obrigado a consentir procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- O prontuário médico do paciente deve ser elaborado de forma legível, e o usuário pode consultá-lo a qualquer momento.

GESTÃO DE LEITOS



- Gestão compartilhada de leitos e vagas – regulação interna;
- Critérios para prioridade para uso de leitos;
- Definir, se necessário, leitos para cirurgias de curta permanência;
- Definir a relação com os demais hospitais e rede de assistência pública – regulação externa.

GESTÃO BASEADA EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

- Ocupação das unidades de cuidado segundo gravidade e grau de exigência ou de autonomia do usuário – PA, enfermaria e ambulatório;
- Distribuição de carga de trabalho conforme necessidade dos usuários;
- Sistematização da clínica em protocolos.

VIGILÂNCIA DA OCUPAÇÃO E DA PERMANÊNCIA

- Uso de painel sinalizador de permanência e de ocupação com médias pactuadas e com atuação em equipe para os casos de alongamento;
- Uso de cores: verde para o tempo pactuado como aceitável, amarelo para o tempo considerado como limite e vermelho para o tempo ultrapassado para o caso;
- Bases para a Regulação Interna

3.2.2.6. IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propôs a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”.

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Visa estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS.

Acima de tudo, é um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do ACCR, possibilitará abrir processos de reflexão e aprendizado institucionais de modo a reestruturar as

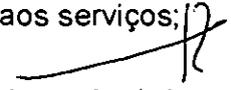
práticas assistenciais com a construção de novos valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, sendo trabalho coletivo e cooperativo.

Possibilitará, ainda, a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de internações, seqüelas e principalmente mortes evitáveis.

A Classificação de Risco é um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

MISSÕES DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

Dentre as missões do ACCR destacam-se:

1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços;

de urgência/emergência;

2 - Humanizar o atendimento;

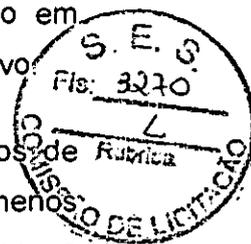
3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

OBJETIVOS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

Primeiramente deve-se deixar claro que o ACCR não é instrumento de diagnóstico de doença. Na verdade ele hierarquiza o atendimento conforme a gravidade do paciente, determinando prioridade de atendimento, não pressupondo exclusão, e sim estratificação.

Dentre os objetivos do ACCR são relevantes:

1 - Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;

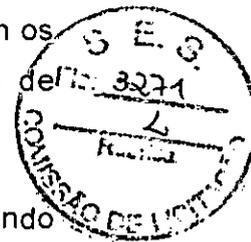




2 - Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

3 - Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;

4 - Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.



EQUIPE DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

A Equipe do ACCR será multiprofissional composta de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

PROCESSO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A - Usuário procura o serviço de urgência;

B - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

C - Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

CRITÉRIOS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O2 – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.



AVALIAÇÃO DO PACIENTE

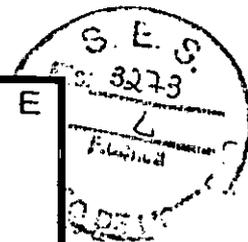
Para correta avaliação do Paciente, os dados devem ser coletados em ficha de atendimento, anotando-se:

- Queixa principal;
- Início – evolução – tempo de doença;
- Estado físico do paciente;
- Escala de dor e de Glasgow;
- Classificação de gravidade;
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de Oxigênio

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**PRIORIDADE ZERO - VERMELHA**

- ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA A SALA DE RESSUSCITAÇÃO E AVISAR A EQUIPE MÉDICA, ACIONAMENTO DE SINAL SONORO;
- NÃO PERDER TEMPO COM CLASSIFICAÇÃO;
- ATENDIMENTO EM 15 MINUTOS;
- MORTE IMINENTE. (EXEMPLO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, INFARTO, POLITRAUMA, CHOQUE HIPOVOLÊMICO ETC.).

**PRIORIDADE 1 - AMARELA**

- ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA IMEDIATA;
- URGÊNCIA, AVALIAÇÃO EM, NO MÁXIMO 30 MINUTOS;
- ELEVADO RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: TRAUMA MODERADO OU LEVE, TRAUMA CRÂNIO-ENCEFÁLICO SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, QUEIMADURAS MENORES, DISPNEIA LEVE A MODERADA, DOR ABDOMINAL, CONVULSÃO, CEFALÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS SINTOMÁTICOS ETC.).

PRIORIDADE 2 - VERDE

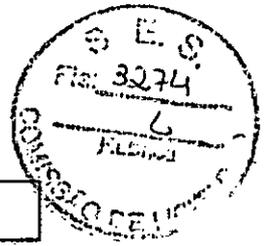
- ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, URGÊNCIA MENOR.
- AVALIAÇÃO EM NO MÁXIMO, 1 HORA. REAVALIAR PERIODICAMENTE;
- SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: FERIMENTO CRANIANO MENOR, DOR ABDOMINAL DIFUSA, CEFALÉIA MENOR, DOENÇA PSIQUIÁTRICA, DIARRÉIAS, IDOSOS E GRÁVIDAS ASSINTOMÁTICAS ETC.).

PRIORIDADE 3 - AZUL

- ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA, SEM URGÊNCIA.
- AVALIAÇÃO EM NO MÁXIMO 2 HORAS. SEM REAVALIAÇÃO;
- SEM RISCO DE MORTE. (EXEMPLO: CURATIVOS, TROCAS OU REQUISIÇÕES DE RECEITAS MÉDICAS, AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES, SOLICITAÇÕES DE ATESTADOS MÉDICOS ETC.).

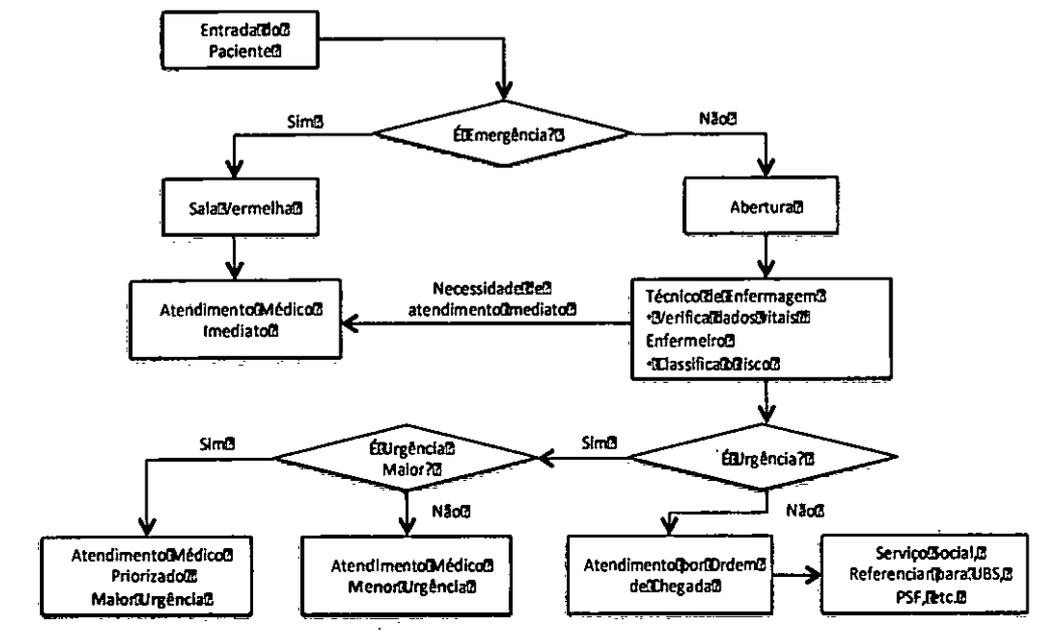


FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco

Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco



Atendimento Médico Imediato

- Traumatismo
- Queimaduras Graves
- Coma
- Lesão de Coluna Vertebral
- Desconforto Respiratório Grave
- Dor no Peito Falta de Ar
- Cianose
- Ferimento Perfurante
- Cabeça, Torax ou Abdômen
- Crise Convulsiva
- Intoxicação Exógena
- Reações Alérgicas com Falta de Ar
- Hipoglicemia
- Parada Cardiorrespiratória
- Hemorragia não Controlada
- Fraturas

Atendimento Médico Imediato

- Cefaleia intensa e início súbito
- Taquicardia
- Alterações súbitas de comportamento
- Confusão Mental
- História de Convulsões
- Crise Asmática
- Broncoespasmo
- Diabético com sudorese, alteração de estado mental, vômito
- Febre, vômito
- História recente de Hemorragia Digestiva
- Epistaxe
- Sangramento vaginal com dor abdominal
- Sinais de desidratação Grave
- Febre alta
- Luxação, entorse ou dor intensa
- Acidentes com Animais Peçonhentos

Atendimento Médico Imediato

- Mais de 60 anos
- Pacientes Escotados
- Deficientes Físicos
- asma forçada Crise
- Enxaqueca
- Dor Algia Moderada ou Grave
- Dor Abdominal
- Alteração de Sinais Vitais
- Vômito Diarreia
- Sinais de desidratação
- Abscessos
- Lombalgia intensa
- Gastrite
- Intercorrências Ortopédicas
- Distúrbios Neurovegetativos

Atendimento Médico imediato

- Queixas e alterações Agudas
- Curativos
- Uso de Medicação Injetável
- Troca de Receitas
- Troca de Pedido de Exames
- Avaliação de Resultado de Exames
- Outras situações não Enquadradas



MODELO DE FICHA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO



NOME

REGISTRO:

DATA: / /

HORA:

SEXO:

IDADE:

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA BREVE:

OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

DADOS

PA:

T:

FR:

PULSO:

DOR:

VTAS:

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência da dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
😊		😊		😊		😊		😊		😊
sem dor				leve dor						sem dor

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA

AMARELA

VERDE

AZUL

DROGAS:

ALERGIAS:

DOENÇAS PREEEXISTENTES:

CONDUTA INICIAL:

REAValiação:

HORA:

NOME DO ENFERMEIRO:



AVALIAÇÃO INICIAL AVALIAÇÃO RÁPIDA: ABCE

A: VIAS AÉREAS B: RESPIRAÇÃO C: CIRCULAÇÃO D: AV. NEUROLÓGICO

COMPENSADO

- A - CONVERSA
- B - TAQUIPNÉIA LEVE FR: 20-30 IRPM
- C - TAQUICARDIA LEVE FC: 100-120 BPM, PULSO RADIAL NORMAL.
- D - NORMAL, CONFUSO, RESPONDE AO COMANDO VERBAL.

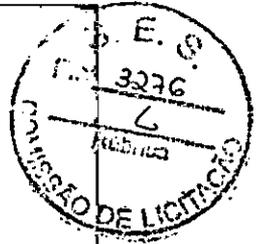
DESCOMPENSADO

- A - ANSIOSO, CONVERSA POUCO.
- B - TAQUIPNÉIA LEVE FR: 30-35 IRPM, ESFORÇO RESPIRATÓRIO, CIANOSE.
- C - TAQUICARDIA LEVE, FC: 120-140 BPM, PULSO RADIAL FINO, PULSO CAROTÍDEO NORMAL.
- D - NORMAL, CONFUSO, AGITADO, RESPONDE À DOR.

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA IMINENTE

- A - RESPIRAÇÃO COM RUÍDOS
- B - TAQUIPNÉIA OU BRADIPNÉIA, FR > 35 IRPM OU <10 IRPM. GRANDE ESFORÇO RESPIRATORIO, CIANOSE.
- C - TAQUICARDIA OU BRADICARDIA, FC >140 BPM OU <60 BPM, PULSO RADIAL NÃO PALPÁVEL, PULSO CAROTÍDEO FINO.
- D - LETÁRGICO, EM COMA, NÃO RESPONDE A ESTÍMULO.

**PARADA CARDIORESPIRATÓRIA:
INICIAR PROTOCOLO ESPECÍFICO.
REANIMAÇÃO IMEDIATA. NÃO PERDER TEMPO!**



**ESCALA DE DOR E DE COMA (GLASGOW)****ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

**SINAIS DE ALERTA EM CASO DE TRAUMA****ATENÇÃO! PODE HAVER PIORA REPENTINA.**

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h
- Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões
- Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes
- Acidentes com ejeção do veículo
- Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas
- Fraturas de 1ª e 2ª costelas
- Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de 3 costelas
- Possível aspiração
- Possível contusão pulmonar
- Acidentes com óbito no local
- Atropelamento de pedestre ou ciclista
- Acidente com motociclista

**PARADA – PRIORIDADE ZERO**

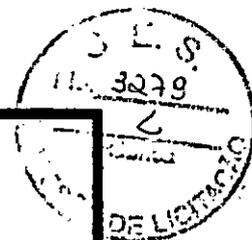
- Parada Cardiorespiratória
- Parada respiratória
- Respiração agônica
- Não-responsivo
- Dados vitais ausentes/instáveis
- Desidratação extrema
- Insuficiência respiratória

TRAUMA (1)

- Lesão grave de único ou múltiplos sistemas
- Trauma craniano com Glasgow de 3 a 8
- Grande queimado: > 25% da SCQ ou acometimento de vias aéreas
- Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios
- Comprometimento da coluna vertebral

- Dados vitais normais, estado mental normal
- Sintomas graves em um sistema – sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
- Ferimento extenso com sangramento ativo
- Amputação
- Fratura com deformidades, fratura exposta, fratura com sangramento, fratura de bacia
- Relato de perda de consciência





CUIDADO!

Mecanismo de trauma de alto risco – Perda da consciência – Fraturas de costelas – Aspiração – Contusão pulmonar – Óbitos no local.

TRAUMA (2)

- Dados vitais normais
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões
- Dor moderada (4-7/ 10)

- Ferimento menor, com sangramento compressível
- Mordedura extensa
- Trauma torácico com dor leve sem dispnéia

- Suspeita de fratura, entorse, luxação
- Lacerações que requerem investigação

- Mordedura não extensa
- Dor leve – moderada

- Dor leve
- Contusões, distensões, mialgias

- Escoriações
- Ferimentos que não requerem fechamento



ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

- Déficit cognitivo – agitação – letargia – confusão – convulsão – paralisia – sonolência – coma (Glasgow 9 a 13)
- PA > 180/ 110
- Febre
- História de uso de drogas

Exemplos: doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação

CUIDADO: FAZER GLICEMIA CAPILAR



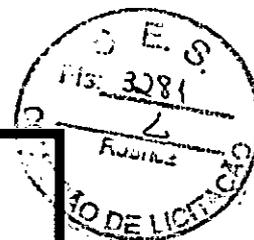
COMA / CONVULSÃO

- Glasgow 3 a 8: irresponsivo, ou só resposta à dor
- Intoxicação exógena
- Eventos Sistema Nervoso Central
- Convulsão em atividade, pós crise
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

- Dados vitais normais
- Primeiro episódio, mas curto (<5 min)
- Pós-comical, mas alerta
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24h
- Respiração normal



INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA DISPNEIA ASMA



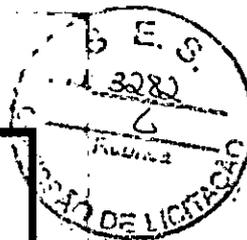
- Incapacidade de falar (frases de uma só palavra, fala entrecortada)
- Cianose
- Letargia – confusão mental
- Taquicardia (FG > 130) ou bradicardia (FC < 50)
- PA > 180/ 110 ou PA máxima <80 mmHg
- Frequencia respiratória < 10 ipm
- Dispnéia extrema ou fadiga muscular
- Saturação O₂ < 90%
- Obstrução de via aérea
- Angústia respiratória intensa, esforço muscular
- Passado de asma grave

- Asma com dispnéia ao exercício
- Tosse frequente
- Incapacidade de dormir
- Consegue falar frases mais longas
- Asma e Sat O₂ 92-94%, Peak Flow 40-60%

CUIDADO!

História de internação frequente, intubação, UTI

Reavaliar!



AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA

- Intensidade, duração, característica, localização, irradiação
- Atividade física no início da dor
- Existência de trauma torácico
- Alteração dados vitais
- Tipo de dor
- Fatores que melhoram ou pioram a dor

PERGUNTAR:

Já teve infarto miocárdio?

Já teve angina de peito?

Já teve embolia pulmonar?

É diabético?

DOR TORÁCICA

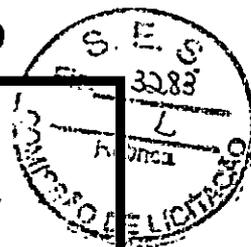
- Contínua, de 30 seg a 30 min (angina) ou mais de 30 min (Infarto)
- Em peso, opressão, queimação, aperto, facada ou como desconforto
- Com sintomas associados: sudorese, náusea, dispnéia
- Associada a falta de ar ou cianose
- Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso
- Pessoa que já teve infarto, angina, embolia pulmonar
- Diabético
- Mais de 60 anos
- Dor torácica súbita, em facada (embolia pulmonar, dissecção de aorta, pneumotórax, pneumonia)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| • Dados vitais normais | • Localizada, em facada |
| • Piora com respiração | • Sem dispnéia |
| • profunda, tosse, dispnéia, palpação | • Sem sintomas associados |

**INTOXICAÇÃO EXÓGENA OU TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Tipo e quantidade de drogas imprevisíveis

Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos

**ANAFILAXIA, REAÇÃO ALÉRGICA**

- Sintomas respiratórios
- Edema de glote
- Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal
- Passado de evento semelhante

HEMIPARESIA AGUDA (PARALISIA)

- Grande déficit neurológico
- Sintomas < 4h
- Objetivo: proteção via aérea

TC encéfalo para neurocirurgia

SINAIS DE INFECÇÃO GRAVE/ SEPSE

- Alteração mental
- Dados vitais instáveis
- Toxemia
- Avaliar Sat O₂
- Febre > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite), petéquias



CEFALÉIA

- Intensa, súbita ou rapidamente progressiva
- Rigidez da nuca
- Náusea – vômito
- Alteração estado mental
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)

CUIDADO! Catástrofes: hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural/subdural, meningite, encefalite

- Não súbita
- Não intensa (< 7 / 10)
- Enxaqueca – diagnóstico prévio
- Rinorréias purulenta
- Sem fator de risco
- Dados vitais normais

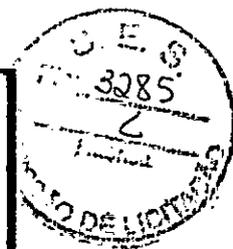
QUEIMADURAS

- 2° e 3° em SCQ entre 10 e 25% ou áreas críticas (face, períneo)
- Circunferenciais
- Queimaduras elétricas

- Queimaduras de 2° e 3° graus, áreas não críticas, SCQ < 10%
- 1° grau > 10% SCQ, áreas não críticas
- 1° grau, face e períneo
- Mãos e pés



- Queimaduras de 1° grau
- < 10%
- Área não crítica



AVALIAÇÃO DA DOR ABDOMINAL

- Dados vitais
- Intensidade
- Associação com sudorese, ou vômitos, ou sangramento.
- Possível gravidez
- Existência de febre
- Idade
- Aguda ou crônica

DOR ABDOMINAL (1)

- Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre
- Associações: náuseas ou vômitos ou sudorese
- Irradiações, tipo
- Com sangramento vaginal e possível gravidez
- Dor intensa (8 – 10 / 10)

CUIDADO!

Catástrofes: dissecação aorta, gravidez ectópica



- Dados vitais normais
- Aguda, moderada (4 – 7 / 10)
- Distensão abdominal ou Eretenção Urinária
- Prostração
- Febre (T> 38,5)
- Mais de 65 anos

- Dados vitais normais
- Aguda, leve (< 4 / 10)
- Ausência de: prostração, toxemia, gravidade clínica
- Ausência de febre
- Sem outros sinais associados

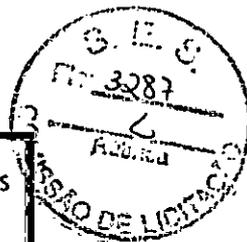
HEMORRAGIAS HEMORRAGIA DIGESTIVA, HEMOPTISE, EPISTAXE

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica (PA sist < 100 mmHg ou FC > 120 bpm)
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA > 180 / 110

- Dados vitais normais
 - Sangramento não atual
- REAVALIAR!**

**ARTICULAÇÕES – PARTES MOLES**

- Processo inflamatório (dor, calor, edema, eritema) em membros ou articulações
- Ferida corto-contusa
- Urticária ou prurido intenso

**FERIDAS**

- Feridas com febre
- Miiase com infestação intensa

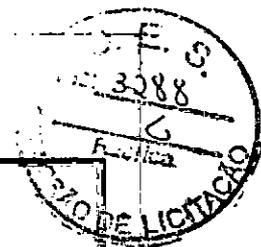
- Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção
- Infecção local
- Com necrose
- Controle de úlceras crônicas
- Retirada de pontos
- Escaras sem repercussão sistêmica

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (1)

- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão
- Risco imediato para si ou para outrem
- Agitação extrema
- Necessidade de contenção
- Paciente desmaiado
- Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação
- Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de anto-psicóticos)



DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (1)

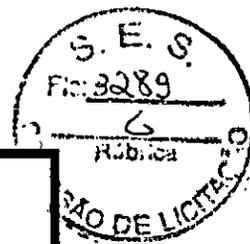


- Dados vitais normais
- Agitação menos intensa, mas consciente
- Risco para si ou para outrem
- Estados de pânico
- Potencialmente agressivo
- Alucinação, desorientação

- Dados vitais normais
- Pensamentos suicidas
- Gesticulando, mas não agitado
- Sem risco imediato para si ou para outrem
- Com acompanhante

Obs.: seja solidário. Deixe o paciente em lugar seguro e tranquilo

- Depressão crônica ou recorrente
- Problemas com a polícia
- Crise social
- Impulsividade
- Insônia
- Estado mental normal
- Dados vitais normais



HISTÓRIA DE DIABETES

- Coma (Glasgow entre 9 e 13)
- Perfuração
- Perda de consciência, confusão mental
- Convulsão
- Dor cervical
- Cefaléia intensa
- Náusea vômito

- Sem perda de consciência
- Alerta (Glasgow = 14 ou 15)
- Cefaléia moderada (4 – 7/10)
- Sem dor cervical

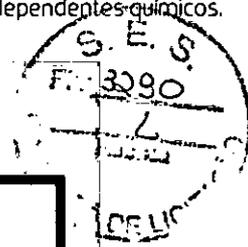
- Lesão craniana menor
- Sem perda de consciência
- Trauma de baixo impacto
- Nível de consciência: Alerta (Glasgow = 15)
- Sem vômito
- Sem sintomas cervicais
- Dados vitais normais
- Acidente > 6h

HISTÓRIA DE DIABETES SEMPRE FAZER GLICEMIA CAPILAR

- Sudorese (hipoglicemia)
- Alteração mental (hipo-hiperglicemia)
- Febre
- Pulso anormal
- Vômito
- Visão borrada
- Dispnéia

CUIDADO! Avaliar a glicemia

- Desidratação acentuada
- Glicemia > 320 ou < 50 mg/dL



ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS

- Convulsão
- Coma
- Alucinações
- Confusão mental
- Agitação
- Taquicardia, hipertensão, febre
- Dor abdominal/ torácica
- Vômito, diarreia

DIARRÉIA E VÔMITOS

- Com desidratação:
- Persistentes
- Letargia
- Mucosas ressecadas
- Turgor pastoso

- Dados vitais normais
- Mucosas úmidas
- Diurese normal
- Turgor de pele normal
- < 5 – 10 evacuações/ dia
- < 5 – 10 vômitos/ dia

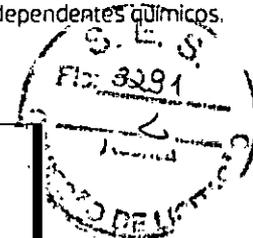
SINTOMAS GRIPAIS

- Dor de garganta intensa
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorréia purulenta
- Febre < 38,5°C
- Mialgia

Obs. Para excluir placas amigdalíneas, mononucleose,
abscesso periamigdaliano, pneumonia.

CUIDADO COM OS IDOSOS!

[Handwritten signature]



- Coriza
- Dor de garganta
- Queixas leves
- Sem sintomas respiratórios
- Dados vitais normais

- Vítimas de abusos sexuais
- Pacientes escoltados
- Acamados
- Acidente perfurocortante com material biológico

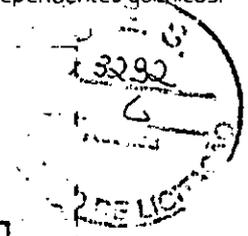
OUTRAS SITUAÇÕES

- Curativos
- Trocas ou requisições de receitas
- Avaliações de exames
- Imunizações
- Solicitações de marcação de consulta ou de exame, com guia de encaminhamento não-urgente.

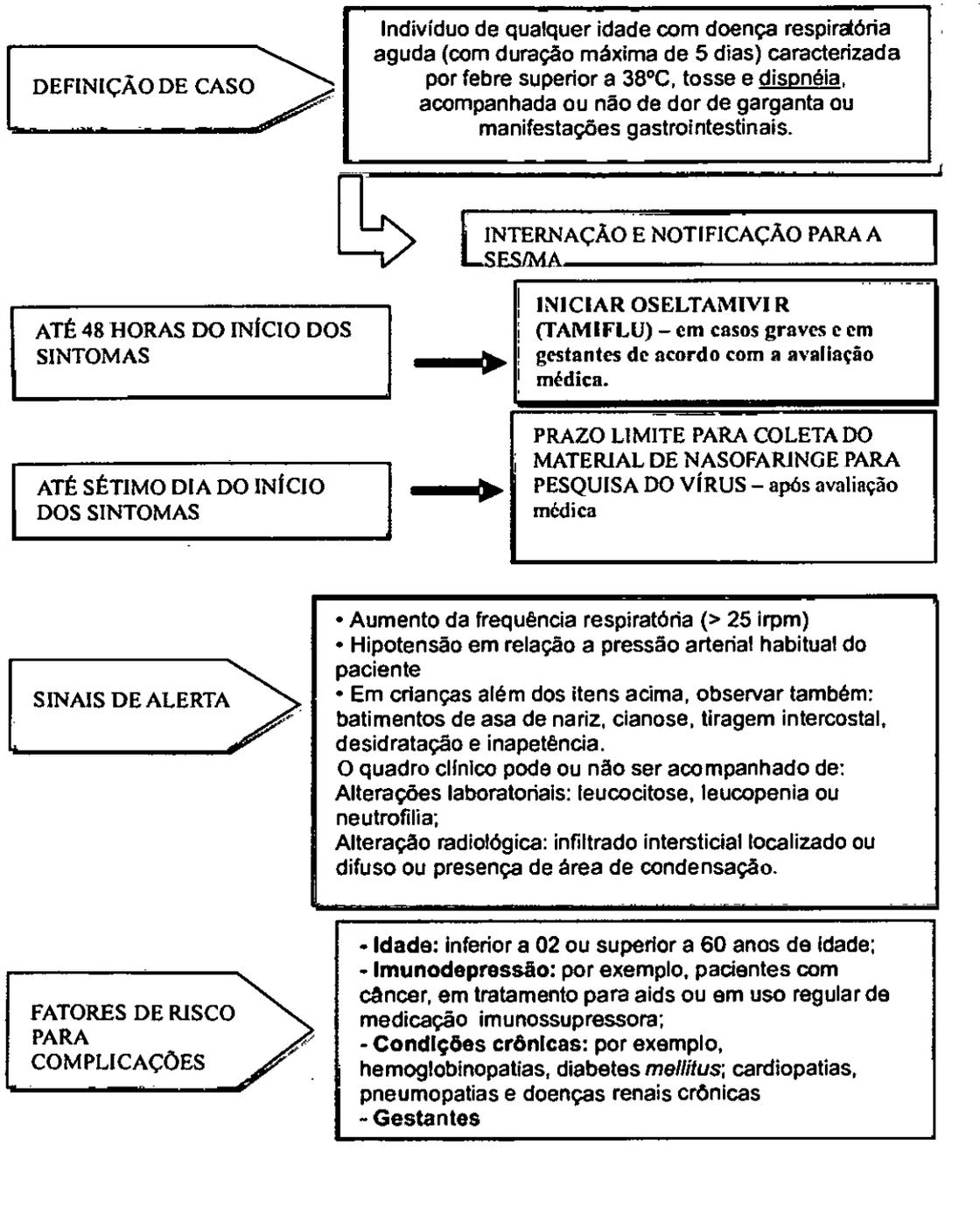
SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Vítimas de abusos sexuais
- Pacientes escoltados
- Acamados
- Acidente perfurocortante com material biológico

- Idade > 60 anos
- Deficientes físicos
- Retorno em período < 24h por ausência de melhora
- Troca de SNE ou SVD
- Doadores de sangue
- Impossibilidade de ambulação



O QUE PRECISAMOS SABER SOBRE A GRIPE A (H1N1)



[Handwritten signature]

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO****ORIENTAÇÕES DOMICILIARES PARA PACIENTES CONTAMINADOS E CONTATOS****Para pessoas com suspeita de contaminação**

- Higienizar as mãos com água e sabonete (ou se possível álcool gel 70%) após tossir, espirrar, e antes das refeições.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos;
- Permanecer sempre que possível em sua residência;
- Ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos;

Para familiares e cuidadores

- Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados);
- Higienizar as mãos frequentemente;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies potencialmente contaminadas;

Para população em geral

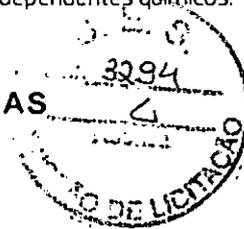
- Não há necessidade de usar máscara;
- Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados)

Internado, o paciente deve ser mantido em quarto com porta fechada e janelas abertas

REFERÊNCIAS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE GRIPE

- 1 – Hospital Geral - Adultos
- 2 – Hospital Universitário Unidade Materno Infantil-Crianças
- 3 – Unidade de Triagem – Acolhimento e avaliação médica

Por Dr. Wellington Mendes - Infectologista



3.2.2.7. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E USO DAS INFORMAÇÕES

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A satisfação dos usuários será pesquisada e monitorada permanentemente através de pesquisas de satisfação ativas e passivas.

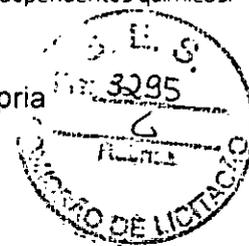
Este trabalho propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO - SAC para o HUGO 2, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando-se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários. Horário comercial é de 8 às 18h.

O SAC deve ser independente, reportando-se diretamente ao Diretor Geral.

SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO USUÁRIO - SEPRU

O SEPRU tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde no HUGO 2, além da função operacional que proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição.

- Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas;
- Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.
- Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição;
- Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços;
- Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização;



➤ Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

PROGRAMAS DE AÇÃO DO SEPRU

O Serviço trabalha com 6 Módulos denominados Programas de Ação. São eles:

Módulo 1. Programa Fale Conosco

Funciona na sala do SEPRU - através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos (usuários, familiares e profissionais), pessoalmente ou por telefone.

Módulo 2. Programa Acesse o HUGO 2

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SEPRU, via Internet, email.

Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria

Mensagens escritas pelos profissionais do Hospital e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia-a-dia de trabalho. Podem ser anônimas.

Módulo 4. Programa Ouvindo Você

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais, para o contato com os usuários, através da busca ativa de suas expressões (sugestões, queixas, elogios) e divulgação do SEPRU.

Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade

Contatos telefônicos com os usuários, após alta hospitalar – aproximadamente 7 a 14 dias após, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou no HUGO 2, nos diversos setores, proporcionando feed back para a equipe interna do HUGO 2.

Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões



Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções do Hospital.



FUNCIONAMENTO DO SEPRU

O SEPRU é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

Horários de Atendimento do SEPRU:

- Com atendimento pessoal direto na sala do SEPRU, de segunda à sexta-feira, das de 8:00 as 12:00h e de 13:00 As 17:00h (demanda espontânea);
- Com atendimento por telefone de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 12:00h e de 13:00 as 17:00h(demanda espontânea);
- Com atendimento por correio eletrônico 24h por dia;
- Pesquisa via telefone três vezes por semana, para contato com paciente de alta (busca ativa).

Atuação do SEPRU:

- Cada usuário deve receber pelo menos 01 visita enquanto internado;
- Cada usuário deve receber um telefonema após receber alta hospitalar;
- Na impossibilidade de realizar visitas a todos os usuários, deverão ser priorizados para visita os que estiverem com mais dias de internação e/ou aqueles que solicitaram alguma ajuda do SEPRU;
- No caso da impossibilidade de realizar ligações telefônicas a todos os usuários, deverão ser priorizados aqueles que não receberam visita enquanto internados;
- Toda pergunta deve ser respondida.

ATRIBUIÇÕES DO SEPRU

- Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva do HUGO 2;
- Mediar a resolução de questões conflituosas extra-judicialmente, de forma



rápida e ágil;

➤ Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis;

➤ Incentivar os usuários a fazerem uso do SEPRU;

➤ Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SEPRU, para escuta e registro de suas colocações sobre os serviços oferecidos pelo HUGO 2 (queixas, elogios ou reclamações);

➤ Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de alta hospitalar, para busca ativa das avaliações sobre os serviços oferecidos pelo hospital (queixas, elogios ou reclamações);

➤ Atender às intercorrências – chamados nos vários setores de internação ou ambulatório do hospital, para encaminhar, resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelo HUGO 2;

➤ Realizar visitas na beira do leito, para contato direto com os pacientes internados e/ou acompanhantes para busca ativa sobre os serviços oferecidos pelo HUGO 2 (queixas, elogios ou reclamações);

➤ Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais (salas de espera), para busca ativa sobre os serviços oferecidos pelo HUGO 2 (queixas, elogios ou reclamações);

➤ Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos do Hospital, bem como com outros serviços de saúde de Goiânia, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SEPRU;

➤ Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta;

➤ Coletar dados e informações, registrando-os e analisando-os através de métodos estatísticos;

➤ Estabelecer indicadores de avaliação (tabulando por motivos, gravidade etc. dos comentários dos usuários);

➤ Preparar relatórios mensais sobre os registros do SEPRU, para apresentação aos gestores e diretoria do HUGO 2;

➤ Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

**ESTRUTURA FÍSICA DO SEPRU**

- Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário;
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário;
- Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

ATENDIMENTO PESSOAL DO USUÁRIO

- Acolher o usuário de forma cortês e educada;
- Ouvir atentamente a colocação do usuário (falada, linguagem corporal etc.);
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;
- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do usuário;
- Registrar a expressão do usuário (à mão ou digitação) no Formulário de Registro de Expressão do Usuário;
- Apresentar o Registro ao usuário para leitura, aprovação e assinatura;
- Corrigir o Registro e reapresentar ao usuário quando for o caso;
- Estabelecer prazo de retorno ao usuário sobre o fato registrado;
- Agradecer ao usuário por sua participação;
- Despedir-se do usuário;
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado;
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário;
- Usar linguagem escrita clara e objetiva;

PESQUISA COM O USUÁRIO APÓS ALTA HOSPITALAR

- Ligar para o domicílio do usuário;
- Identificar-se e explicitar o motivo do contato (falar diretamente com o usuário paciente, e quando não for possível, com alguém que o acompanhou enquanto esteve internado);
- Interagir com o usuário em forma de diálogo, mediante roteiro da Pesquisa de Satisfação pós alta hospitalar;
- Ouvir atentamente sua fala e seus pontos de vista sobre sua estadia no hospital;



- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;
- Agradecer ao usuário por sua participação;
- Despedir-se do usuário;
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado;
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário;
- Anotar na relação de usuários de alta hospitalar, a data de contato com o mesmo.

VISITA AOS PACIENTES INTERNADOS

- Dirigir-se até o leito onde está internado o paciente;
- Apresentar-se e expor os motivos da visita;
- Interagir com o usuário em forma, a partir do roteiro da Pesquisa de Satisfação do Usuário enquanto internado;
- Ouvir atentamente a expressão do usuário (falada, linguagem corporal etc.);
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços do hospital;
- Agradecer ao usuário por sua participação e desejar melhorias de saúde;
- Despedir-se do usuário;
- No caso de impossibilidade de visitar a todos os usuários internados, priorizar para visita, aqueles que estão internados há mais tempo;
- Usar linguagem falada clara e objetiva;
- Se o usuário não receber a visita enquanto internado, cuidar para que receba um ligação telefônica após alta-hospitalar.

ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS

- Receber chamado de alguma área assistencial do HUGO 2;
- Dirigir-se ao local de chamada;
- Procurar o solicitante para esclarecer todos os detalhes sobre os motivos da solicitação;
- Realizar intervenção necessária para a solução do problema junto a outros Serviços do Hospital, se for caso;
- Dar retorno ao usuário envolvido e ao solicitante;
- Atender a solicitação com a maior brevidade possível;



- Dar retorno ao solicitante, imediatamente após a resolução do problema;
- Usar linguagem falada e escrita de forma clara e objetiva;
- Não havendo possibilidade de solução do problema por vias internas da Instituição, fazer contatos externos com a finalidade de resolver a problemática.

ATENDIMENTO VIA INTERNET

- Verificar e-mails recebidos diariamente (período da tarde);
- Analisar os registros e responder por e-mail no dia em que foram abertos, mesmo que a resposta definitiva ainda não seja dada na ocasião;
- Responder ao usuário por e-mail com o prazo máximo de 24 horas;
- Caso não seja possível dar retorno em até 24h após o recebimento do registro, justificar a demora junto ao usuário.

REGISTRO DE EXPRESSÃO DO USUÁRIO SUS

O formulário a seguir é utilizado para registrar os comentários dos usuários:



"OCORRÊNCIA DURANTE O ATENDIMENTO – HUGO 2

Data: ___/___/___ Hora: _____ Nº Registro: _____

Usuário: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Situação ocorrida:

Assinatura do Usuário Assinatura do SAC

Providências encaminhadas:

Assinatura do SAC"

PESQUISA DE OPINIÃO AMBULATORIAL

A pesquisa de opinião a seguir será solicitada a todos os pacientes internados e a pelo menos 40% dos atendimentos no Pronto Atendimento.

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita através de telefone.



**“PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS
GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA – HUGO 2 – ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**



A sua opinião é muito importante para nós!

Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS.

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços.

Nome completo (opcional): _____

Contato: Fone _____ email _____

Unidade/setor em que foi atendido(a): _____

Data e horário do atendimento: ____/____/____ às ____ horas

Para melhorar nossos serviços, diga-nos:	Sim	Não
Sentiu-se bem recebido(a), acolhido(a)?	☺	☹
As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.	☺	☹
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?	☺	☹
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.	☺	☹
Houve rapidez no atendimento?	☺	☹
Houve cortesia e profissionalismo?	☺	☹
As informações foram transmitidas corretamente?	☺	☹
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?	☺	☹
Ao procurar este Hospital você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?	☺	☹

Comentários/Sugestões: _____

Contatos do HUGO 2: e-mail..... e fone.....

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor !!!



PESQUISA DE OPINIÃO PARA PACIENTE INTERNADO

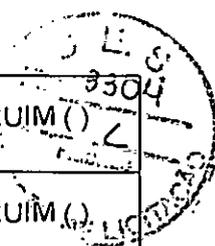
A pesquisa poderá ser respondida pelo usuário no momento da alta, se desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente.



PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO					
NOME (opcional) _____					
SEXO	MASCULINO ()		IDADE (ANOS) _____		
	FEMININO ()				
ESCOLARIDADE	NENHUMA ()		FUNDAMENTAL ()	MÉDIO ()	SUPERIOR ()
	QUAL A SUA OCUPAÇÃO?		DESEMPREGADO ()	ESTUDANTE ()	OUTROS ()
QUAL FOI O ATENDIMENTO?		URGÊNCIA ()	CONSULTA ELETIVA ()	INTERNAÇÃO ()	
QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO?			ATÉ 30 min ()		DE 30 A 60 min ()
			DE 60 A 120 min ()		MAIS DE 2 HORAS ()
COMO AVALIA O SEU ATENDIMENTO?		ATENDIMENTO MÉDICO SATISFATÓRIO S () N ()			
		ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM SATISFATÓRIO S () N ()			
		ATENDIMENTO DO ACOLHIMENTO SATISFATÓRIO S () N ()			
		ATENDIMENTO DA FARMÁCIA SATISFATÓRIO S () N ()			
		ATENDIMENTO DA SEGURANÇA SATISFATÓRIO S () N ()			
		ATENDIMENTO DA LIMPEZA SATISFATÓRIO S () N ()			
AVALIE A PRIVACIDADE DO SEU ATENDIMENTO		TEVE PRIVACIDADE NA CONSULTA? S () N ()			
		TEVE LOCAL APROPRIADO PARA A TROCA DE ROUPA PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME? S () N ()			
NO CASO DE FALTA DE MEDICAMENTOS		SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO? S () N ()			
		QUASE SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO? S () N ()			
		POUCAS VEZES RECEBE MEDICAÇÃO? S () N ()			
		NUNCA RECEBE ORIENTAÇÃO? S () N ()			
AVALIE AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA UNIDADE					
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()	



CONSULTÓRIOS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
SALA DE COLETA	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
BANHEIROS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
AVALIE AS CONDIÇÕES DE CONFORTO DA UNIDADE				
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
SALA DE COLETA	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
BANHEIROS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
AVALIE A SINALIZAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE				
SETOR DE INFORMAÇÃO	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
SETOR DE DOCUMENTAÇÃO	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
RESULTADO DE EXAMES	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
LOCALIZAÇÃO DE SALAS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
OUTRAS	MUITO BOA ()	BOA ()	REGULAR ()	RUIM ()
VOCÊ SABE O QUE É O SAC? S () N ()		VOCÊ CONHECE O SAC DO HOSPITAL? S () N ()		
VOCÊ JÁ UTILIZOU O SAC DO HOSPITAL? S () N ()				
AVALIE O ACESSO AO SEPRU	MUITO DIFÍCIL ()	DIFÍCIL ()	FÁCIL ()	MUITO FÁCIL ()
CASO TENHA UTILIZADO, COMO FOI A RESPOSTA?	SATISFATÓRIA ()	NÃO SATISFATÓRIA ()	NÃO HOUE ()	
REGISTRE SUAS OBSERVAÇÕES, CRÍTICAS OU SUGESTÕES:				



[Handwritten signature]

UTILIZAÇÃO DO RESULTADO DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápido e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em (i) indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários, (ii) indicadores de ocorrências de insatisfação, onde os usuários manifestam desagrado importante com críticas objetivas e (iii) indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento e/ou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerencia de Enfermagem e Chefiarias das Clínicas.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falhas operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento hospitalar quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico ou uso medicamentoso.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado no HUGO 2:



**“CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento particular o (a) paciente.....ou responsável Sr. (a), declara, para todos os fins legais, especialmente disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a)assistente,Dr.(a), inscrito(a) no CRM sob o nº _____ para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

COMPLICAÇÕES:

CBHPM: _____ CID: _____

INFECÇÃO HOSPITALAR

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance – Vigilância



Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);

Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem

supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

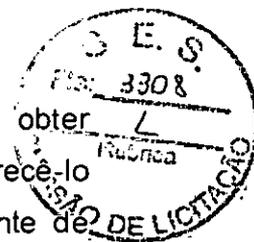
Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável Ass. Médico Assistente

Nome: Nome:

RG/CPF CRM/UF



Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.”

3.2.2.8. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND

Proposta de atuação da Nutrição no HUGO 2 :

- I. Alimentação Coletiva - atividades de alimentação e nutrição realizadas na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) - cozinha do estabelecimento assistencial de saúde.
- II. Nutrição Clínica - atividades de alimentação e nutrição realizadas no hospital (internação e ambulatórios).
- III. Docência - atividades de ensino, pesquisa, extensão e coordenação relacionadas a alimentação e nutrição. Com estagiários de faculdades de nutrição e residentes se houver.

(RESOLUÇÃO CFN N° 380/2005)

**MISSÃO**

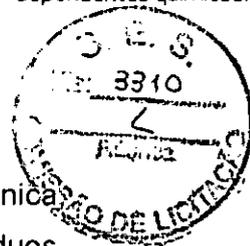
Participar com autonomia da melhoria da qualidade de vida da população, ~~prestando serviço nutricional à coletividade sadia e enferma atendidas pelo~~ **HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2)**, de forma humanizada e eficaz, ~~em integração com o corpo clínico e administrativo,~~ atuando como referência na assistência, ensino, pesquisa e formação de recursos humanos.

Dentre as atividades realizadas pelo Serviço de Nutrição e Dietética estão a produção e o fornecimento de pequenas e grandes refeições a pacientes, acompanhantes, residentes e funcionários do Hospital, e o acompanhamento clínico-nutricional destes pacientes. Também são de sua responsabilidade o preparo e a distribuição de fórmulas lácteas e de Nutrição Enteral aos pacientes.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL**NUTRICIONISTAS**

Será observado o disposto na Resolução CFN nº 380/2005, que prevê a contratação de um nutricionista de clínica para cada quinze leitos de internação com nível de atendimento nutricional terciário, em regime de 30 horas semanais. Por fim, é recomendada a contratação de um nutricionista para Lactário e Central de Terapia Nutricional com regime de 30 horas semanais. Os finais de semana e feriados serão cobertos por nutricionistas em esquema de plantão de carga horária e remuneração.

O Ambulatório de Nutrição funcionará de segunda a sexta com assistência nutricional aos pacientes egressos do hospital, com prioridade aos que estão em Terapia Nutricional, desnutridos ou em Risco Nutricional. Será realizado pelos nutricionistas de clínica sendo para adultos e idosos no período matutino e para crianças e adolescentes no período vespertino. Serão marcados dois pacientes de primeira consulta e quatro pacientes de retorno, totalizando seis pacientes em cada período.

**NUTRIÇÃO CLÍNICA****DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES**

Compete ao Nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição Clínica, prestar assistência dietética e promover educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos, em nível hospitalar e ambulatorial, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, tendo como funções específicas:

- a) Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes/pacientes, segundo níveis de atendimento em Nutrição;
- b) Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos;
- c) Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;
- d) Registrar, em prontuário do cliente/paciente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo serviço e aprovado pela Instituição;
- e) Determinar e dar a alta nutricional;
- f) Promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes, familiares ou responsáveis;
- g) Estabelecer e coordenar a elaboração e a execução de protocolos técnicos do serviço, de acordo com as legislações vigentes;
- h) Orientar e supervisionar a distribuição e administração de dietas;
- i) Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética;
- j) Encaminhar aos profissionais habilitados os clientes/pacientes sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições técnicas;
- k) Integrar a Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional, conforme legislação em vigor;
- l) Solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do cliente/paciente;



- m) Prescrever suplementos nutricionais bem como alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente, quando necessários à complementação da dieta;
- a) Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;
- b) Participar do planejamento e execução de programas de treinamento e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;
- c) Prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria na área;
- d) Participar do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista;
- e) Planejar, implantar e coordenar a UAN de acordo com as atribuições estabelecidas para a área de alimentação coletiva.

(RESOLUÇÃO CFN N° 380/2005)

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL

Os protocolos para atendimento nutricional para adultos e idosos e para crianças e adolescentes estão descritos nos apêndices 1 e 2, respectivamente.



ALIMENTAÇÃO COLETIVA
FLUXOGRAMA DA PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES

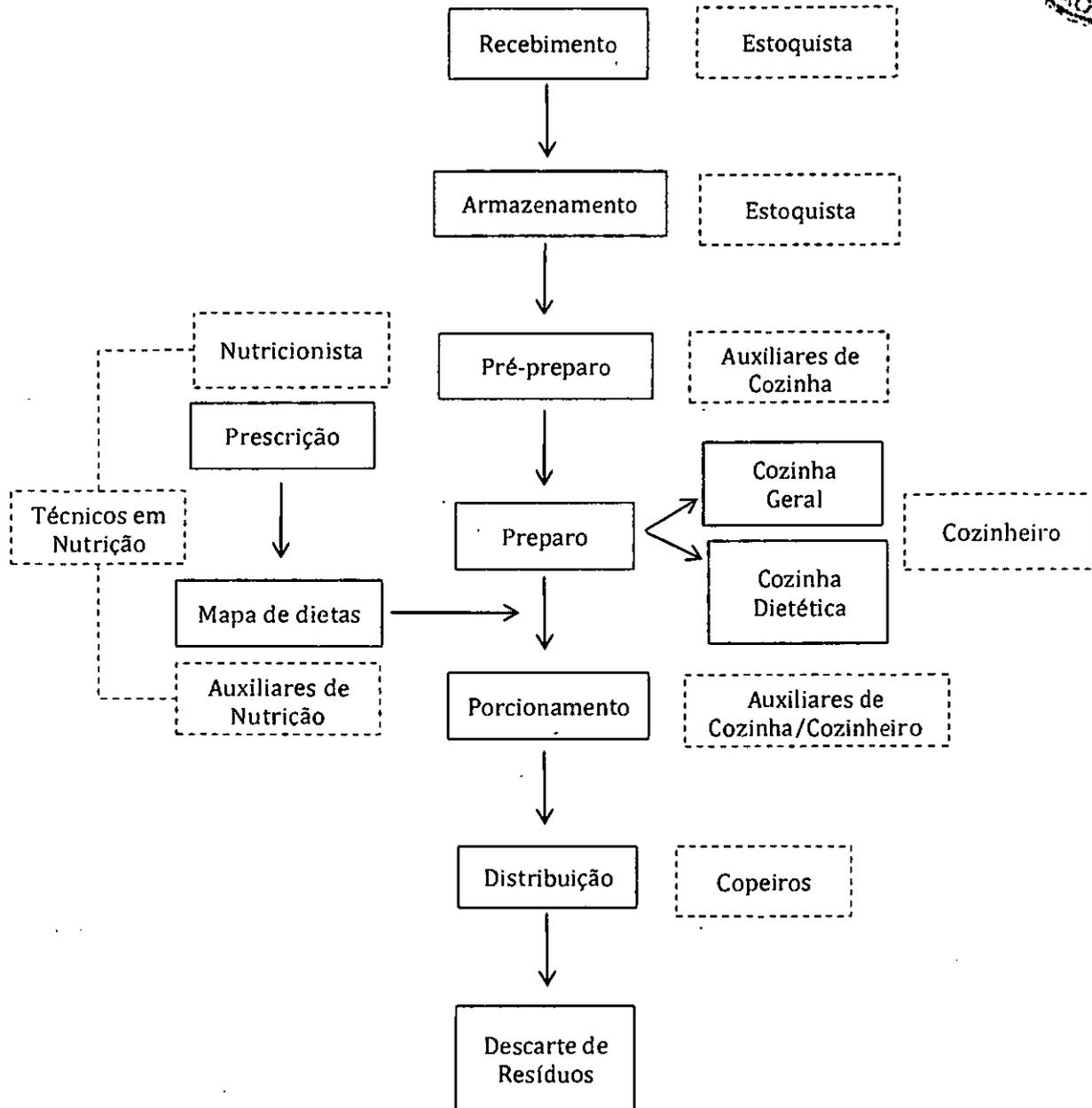


Figura 1. Fluxograma da produção de refeições servidas no HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2)

HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES, MAMADEIRAS E DIETAS ENTERAIS



As refeições para pacientes e acompanhantes, bem como as mamadeiras e dietas enterais para os pacientes serão distribuídas nos horários descritos nos quadros 4, 5 e 6, respectivamente. Já os horários de funcionamento do refeitório para que os funcionários realizem suas refeições estão descritos no quadro 7.

As refeições distribuídas para pacientes em isolamento (precaução de contato, aerossóis e gotículas) serão entregues para o acompanhante ou para a equipe de enfermagem do local em recipientes descartáveis e a água será distribuída em copos descartáveis com tampa.

Horários de distribuição das refeições para pacientes e acompanhantes

HORÁRIOS	REFEIÇÕES	HORÁRIOS	REFEIÇÕES
08:00	Desjejum	15:00	Lanche da tarde
10:00	Colação	18:00	Jantar
12:00	Almoço	20:00	Ceia

Horários de distribuição de mamadeiras

HORÁRIOS	
06:00	18:00
09:00	21:00
12:00	00:00
15:00	03:00

Horários de distribuição de dietas enterais

HORÁRIOS		
Adultos		Crianças
Enfermarias	UTIs	
03:00	03:00	03:00
06:00	10:00	06:00
10:00	14:00	09:00
14:00	18:00	12:00
18:00	22:00	15:00
22:00	-	18:00
-	-	21:00
-	-	24:00



Horários de funcionamento do refeitório para colaboradores

HORÁRIO	REFEIÇÃO
11:30 - 13:30h	Almoço
15:00 - 16:00h	Lanche da tarde
20:00 - 21:00h	Jantar
00:00 - 01:00	Ceia



O horário de funcionamento das cozinhas geral e dietética é das 07:00 às 02:00 horas, até a ceia dos funcionários. Já o Lactário e Central de Terapia Nutricional (CTN) funcionam vinte e quatro horas ininterruptas.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E ROTINAS

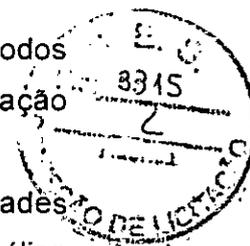
As funções e rotinas do nutricionista de UAN, Lactário/Central de Terapia Nutricional e dos demais funcionários do Serviço de Nutrição e Dietética estão descritas a seguir:

Nutricionista da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN)

- a) Planejar e supervisionar a execução da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios, de acordo com as inovações tecnológicas;
- b) Planejar e supervisionar o dimensionamento, a seleção, a compra e a manutenção de equipamentos e utensílios;
- c) Planejar, elaborar e avaliar os cardápios, adequando-os ao perfil da clientela atendida, respeitando os hábitos alimentares;
- d) Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção de fornecedores, procedência dos alimentos, bem como sua compra, recebimento e armazenamento de alimentos;
- e) Coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias;
- f) Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, porcionamento, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias;
- g) Identificar clientes/pacientes portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, para o atendimento nutricional adequado;
- h) Coordenar o desenvolvimento de receituários e respectivas fichas técnicas, avaliando periodicamente as preparações culinárias;



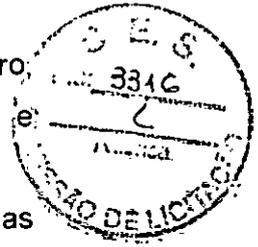
- i) Estabelecer e implantar procedimentos operacionais padronizados e métodos de controle de qualidade de alimentos, em conformidade com a legislação vigente;
- j) Coordenar e supervisionar métodos de controle das qualidades organolépticas das refeições e/ou preparações, por meio de testes de análise sensorial de alimentos;
- k) Elaborar e implantar o Manual de Boas Práticas, avaliando e atualizando os procedimentos operacionais padronizados (POP) sempre que necessário;
- l) Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, equipamentos e utensílios;
- m) Planejar, coordenar, supervisionar e/ou executar programas de treinamento, atualização e aperfeiçoamento de colaboradores;
- n) Promover programas de educação alimentar e nutricional para clientes;
- o) Detectar e encaminhar ao hierárquico superior e às autoridades competentes, relatórios sobre condições da UAN impeditivas da boa prática profissional e/ou que coloquem em risco a saúde humana;
- p) Elaborar o plano de trabalho anual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;
- q) Efetuar controle periódico dos trabalhos executados;
- r) Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- s) Participar do planejamento e gestão dos recursos econômico-financeiros da UAN;
- t) Participar do planejamento, implantação e execução de projetos de estrutura física da UAN;
- u) Implantar e supervisionar o controle periódico das sobras, do resto-ingestão e análise de desperdícios, promovendo a consciência social, ecológica e ambiental;
- v) Participar da definição do perfil, do recrutamento, da seleção e avaliação de desempenho de colaboradores.

**Nutricionista do Lactário e Central de Terapia Nutricional (CTN)**

- a) Definir, padronizar, atualizar, organizar e supervisionar a execução das técnicas e procedimentos operacionais;



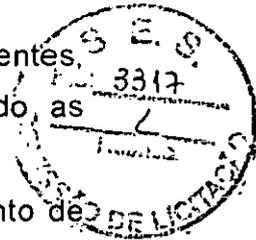
- b) Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de preparo, acondicionamento, esterilização, armazenamento, rotulagem, transporte e distribuição de fórmulas e dietas;
- c) Garantir a qualidade higiênico-sanitária, microbiológica e bromatológica das preparações;
- d) Definir, padronizar, atualizar, organizar e supervisionar o preparo de fórmulas e dietas assegurando a exatidão e clareza da rotulagem das fórmulas/preparações;
- e) Interagir com os demais nutricionistas que compõem o Quadro Técnico da instituição, definindo os procedimentos complementares na assistência ao cliente/paciente;
- f) Estabelecer as especificações para a aquisição de insumos (fórmulas, equipamentos, utensílios, material de consumo e de embalagem) e qualificar fornecedores, assegurando a qualidade dos produtos;
- g) Promover e participar de treinamento operacional e educação continuada de colaboradores;
- h) Elaborar o plano de trabalho anual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;
- i) Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- j) Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.
- k) Interagir com a equipe multiprofissional, quando pertinente, definindo os procedimentos complementares na assistência ao cliente/paciente;
- l) Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico.

**Técnico em nutrição**

- a) Acompanhar e orientar as atividades de controle de qualidade em todo processo, desde recebimento até distribuição, de acordo com o estabelecido no manual de boas práticas;
- b) Acompanhar e orientar os procedimentos de pré-preparo e preparo de refeições e alimentos, obedecendo às normas sanitárias vigentes;
- c) Acompanhar e coordenar a execução das atividades de porcionamento, transporte e distribuição de refeições, observando o per capita e a aceitação do cardápio pelos comensais;



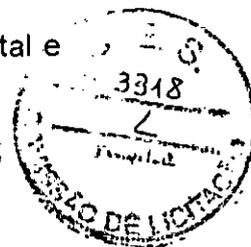
- d) Supervisionar as atividades de higienização de alimentos, ambientes, equipamentos e utensílios visando à segurança alimentar e difundindo técnicas sanitárias vigentes;
- e) Orientar funcionários para o uso correto de uniformes e de Equipamento de Proteção Individual (EPI) correspondentes à atividade;
- f) Colaborar no treinamento de pessoal operacional;
- g) Auxiliar o nutricionista no controle periódico dos trabalhos executados no lactário e CTN;
- h) Observar, aplicar e orientar os métodos de higienização dos alimentos, utensílios, ambientes e equipamentos, previamente e estabelecidos pelo nutricionista;
- i) Relacionar os vários tipos de dietas de rotina com a prescrição dietética indicada pelo nutricionista;
- j) Observar as características organolépticas dos alimentos preparados, bem como as transformações sofridas nos processos de cocção e de conservação, identificando e corrigindo eventuais não conformidades.
- k) Acompanhar e supervisionar os copeiros na distribuição das refeições;
- l) Supervisionar o porcionamento das refeições;
- m) Contabilizar diariamente tipos e quantitativo de dietas/refeições oferecidas;
- n) Garantir o cumprimento da prescrição dietética.

**Cozinheiro**

- a) Receber e conferir os gêneros para a confecção de preparações;
- b) Executar as preparações determinadas pela nutricionista de acordo com cardápio e ficha técnica padronizada;
- c) Executar as preparações especiais de acordo com tipos de dietas e padronização elaborada pela nutricionista;
- d) Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e áreas de trabalho;
- e) Comunicar à Supervisão imediata qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
- f) Distribuir as preparações sob sua responsabilidade para as áreas de porcionamento de refeições



- g) Ter conhecimento dos diferentes tipos de dietas padronizadas no hospital e quais alimentos permitidos e proibidos para as mesmas;
- h) Realizar higienização adequada dos utensílios e equipamentos utilizados;
- i) Manter adequada higiene pessoal.

**Auxiliar de cozinha**

- a) Receber e conferir os gêneros para o pré-preparo;
- b) Realizar higienização correta dos gêneros alimentícios;
- c) Auxiliar o cozinheiro
- d) Solicitar à Nutricionista, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
- e) Comunicar à Nutricionista responsável qualquer ocorrência que impossibilite a execução das preparações;
- f) Executar a confecção de preparações determinadas pela Nutricionista;
- g) Colaborar na manutenção da ordem e limpeza dos equipamentos e utensílios e áreas de trabalho;
- h) Executar o porcionamento e a distribuição de refeições (paciente e refeitório).

Lactarista

- a) Preparar fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos via oral, como vitaminas, sucos, coquetéis, chás;
- b) Higienizar adequadamente bicos, chucas, mamadeiras, arruelas, protetores de acordo com técnicas estabelecidas;
- c) Higienizar insumos, alimentos, frascos de dietas, embalagens, equipamentos e utensílios utilizados no lactário/CTN a fim de garantir o controle higiênico-sanitário das preparações;
- d) Fazer identificação e rotulagem de fórmulas infantis, dietas enterais e preparações via oral preparadas;
- e) Participar de treinamentos periódicos;
- f) Tomar medidas que garantam a higiene pessoal evitando contaminações.

h

**Copeiro**

- a) Distribuir as refeições nas respectivas enfermarias e clínicas de acordo com boas práticas e seguindo o mapa de dietas;
- b) Manter a ordem e higiene dos utensílios e equipamentos de responsabilidade como carrinho, bandejas;
- c) Tratar com respeito os pacientes e demais profissionais;
- d) Manter adequada higiene pessoal;
- e) Observar e informar à nutricionista quanto a aceitação e queixas referente as refeições dos pacientes;
- f) Ter atenção na distribuição das refeições a fim de evitar erros. Conferir nome do paciente e tipo de dieta antes de entregar a refeição;
- g) Ter conhecimento dos diferentes tipos de dietas padronizadas no hospital e quais alimentos permitidos e proibidos para as mesmas;
- h) Quando houver dúvidas a respeito de tipos de dietas e alimentos perguntar as nutricionistas ou técnicos em nutrição;
- i) Participar de treinamentos promovidos pela chefia.

**Estoquista / Despenseiro**

- a) Realizar inventário diário dos produtos, alimentos e insumos disponíveis no estoque e registrar em planilhas;
- b) Organizar o estoque de acordo com os gêneros alimentícios, garantindo qualidade higiênico-sanitária;
- c) Controlar a validade dos gêneros armazenados;
- d) Acondicionar de forma racional e ordenada os gêneros e materiais;
- e) Comunicar a nutricionista sobre eventuais irregularidades ocorridas;
- f) No recebimento de gêneros alimentícios, avaliar as características sensoriais, peso, nota fiscal, rótulo, estado de conservação e limpeza do veículo e do entregador, etc.
- g) Participar de treinamentos promovidos pela chefia.

Auxiliar administrativo

- a) Elaboração de memorandos, ofícios e outros documentos;

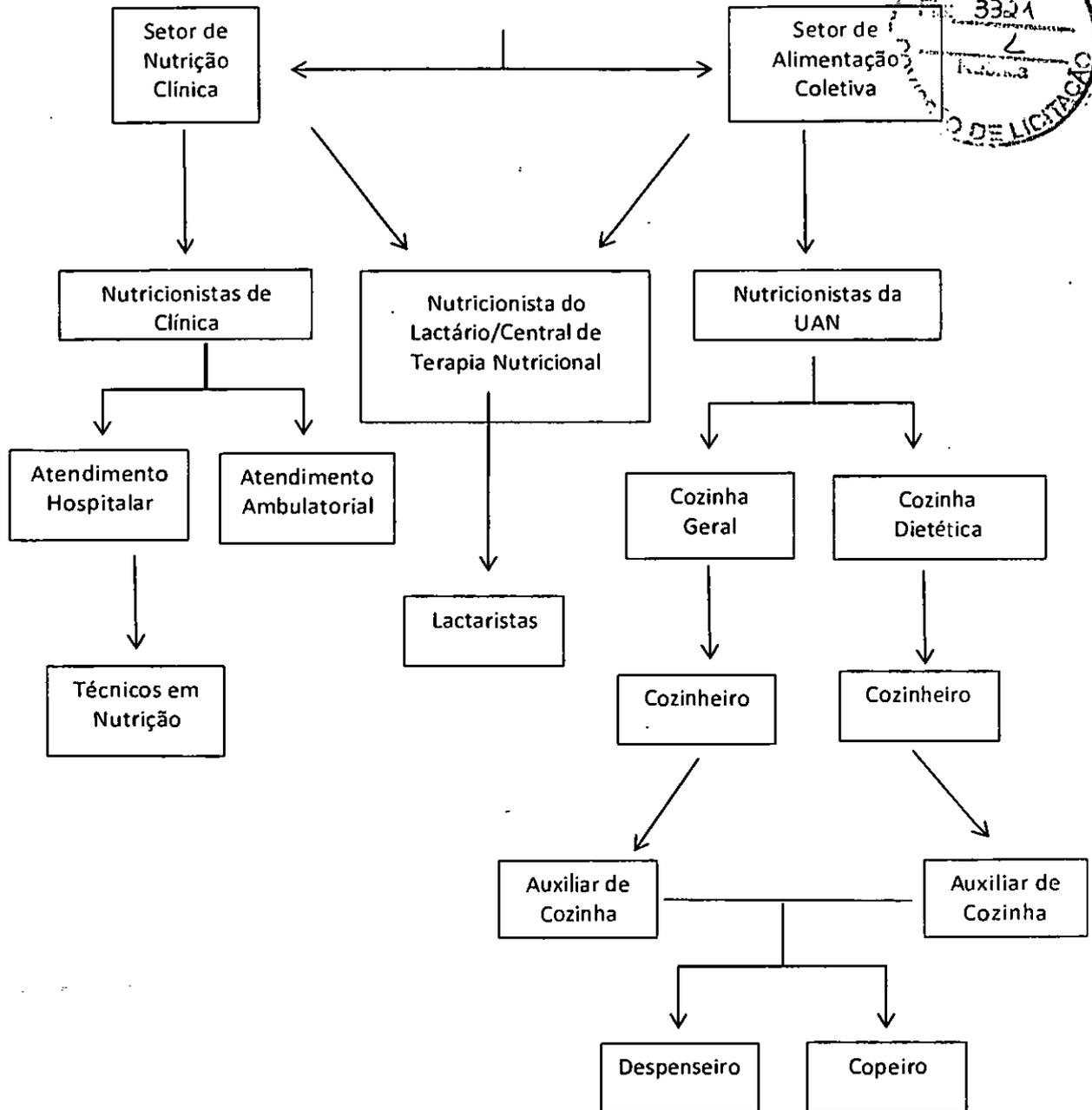
- b) Organizar impressos: orientações nutricionais; autorizações; formulários de esquemas via oral, das pastas de via oral; planilhas de sobra e demais documentos relacionados a fiscalização da terceirização;
- c) Redigir e preparar correspondências;
- d) Organizar fichários e arquivos;
- e) Preencher requisições e formulários;
- f) Controlar a movimentação de documentos;
- g) Digitar os documentos necessários ao Serviço;
- h) Auxiliar as Nutricionistas responsáveis na elaboração das escalas de Serviço;
- i) Controlar a distribuição de materiais utilizados;
- j) Realizar controle diário de faltas e substituições dos funcionários.



MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO

Segue abaixo um esboço do Manual de Boas Práticas de Fabricação do Serviço de Nutrição e Dietética do HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2). O manual será finalizado após implantação do serviço respeitando suas rotinas e individualidades, com participação dos colaboradores que irão executá-lo.

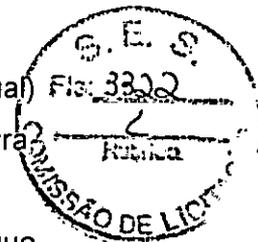
Fluxograma do serviço de nutrição e dietética



**Controle de Saúde**

São realizados exames médicos admissionais e periódicos (anual) acompanhados das seguintes análises laboratoriais: hemograma, coprocultura, coproparasitológico, VRDL e outros, de acordo com avaliação médica.

Considera-se apto para o trabalho na área de alimentos, os funcionários que não sejam portadores de doenças infecciosas ou parasitárias. Além disso, não é permitido a manipulação de alimentos por funcionários que apresentem feridas, lesões, chagas ou cortes nas mãos e braços, ou gastroenterites agudas ou crônicas, assim como aqueles que estiverem acometidos de faringites ou infecções pulmonares.

**Programa de Treinamento**

Os treinamentos são realizados a cada seis (seis) meses, na admissão de novos funcionários e sempre que necessário. Conteúdos abordados: higiene pessoal; higienização de instalações, móveis, equipamentos e utensílios; Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA), manipulação higiênica dos alimentos.

São comprovados através de lista de presença dos manipuladores participantes. As nutricionistas são responsáveis por ministrar os treinamentos.

Informações Operacionais**HIGIENE DOS MANIPULADORES****Higiene pessoal**

Os funcionários devem observar os seguintes hábitos de estética e asseio:

- a) Tomar banho diariamente;
- b) Lavar e secar bem os pés;
- c) Lavar a cabeça com frequência e escovar bem os cabelos;
- d) Fazer a barba diariamente;
- e) Evitar bigodes e costeletas;
- f) Conservar as unhas curtas, limpas e sem esmaltes, bem como sem base incolor;



- g) Escovar os dentes após as refeições, bem como ao levantar-se e antes de dormir;
- h) Não utilizar perfumes;
- i) Usar desodorante inodoro ou bem suave;
- j) Manter a higiene adequada das mãos;
- k) Conservar os uniformes limpos;



Higiene das mãos

Os funcionários devem higienizar as mãos adotando as técnicas adequadas de frequência e procedimentos. É importante estimular o hábito de lavar as mãos constantemente durante o dia de trabalho: a cada hora, toda vez que o funcionário entrar na seção e a cada troca de função durante a operação.

Frequência

- a) Quando chegar ao trabalho;
- b) Depois de utilizar os sanitários;
- c) Depois de tossir, espirar ou assuar o nariz;
- d) Depois de usar esfregões, panos e materiais de limpeza;
- e) Depois de fumar;
- f) Depois de recolher lixo e outros resíduos;
- g) Depois de tocar em sacarias, caixas, garrafas e alimentos não higienizados ou crus;
- h) Depois de pegar em dinheiro ou tocar nos sapatos;
- i) Depois de qualquer interrupção do serviço, especialmente entre alimentos crus e cozidos;
- j) Antes de manipular alimentos;
- k) Antes de iniciar outro serviço;
- l) Antes de tocar em utensílios higienizados;
- m) Antes de tocar em alimentos já preparados;
- n) Antes e após o uso de luvas;
- o) Toda vez que mudar de atividade e
- p) Cada vez que as mãos tiverem sujas;

Técnica

- a) Umedecer as mãos e antebraços com água;



- b) Colocar sabonete líquido, neutro e inodoro sobre as mãos úmidas;
- c) Utilizar o sabonete em saboneteiras dosadoras;
- d) Demorar, pelo menos, 15 segundos com as mãos ensaboadas;
- e) Enxaguar bem as mãos e antebraços, em água corrente, de preferência quente;
- f) Secar as mãos e antebraços com papel toalha descartável não reciclado;
- g) Utilizar anti-séptico adequado – álcool 70% - em saboneteiras dosadoras;
- h) Aplicar o anti-séptico sobre as mãos;
- i) Deixar secar as mãos ao ar naturalmente.

Hábitos pessoais dos manipuladores

Nas áreas de estoque, preparação e serviços, **NÃO** se deve permitir as seguintes condutas por representarem riscos de contaminação alimentar:

- a) Falar, cantar ou assobiar sobre os alimentos;
- b) Fumar;
- c) Cuspir, pentear-se, coçar-se ou tocar no corpo, assoar o nariz;
- d) Circular sem uniforme;
- e) Espirar ou tossir sobre os alimentos;
- f) Por o dedo no nariz, boca ou ouvido;
- g) Passar as mãos nos cabelos;
- h) Enxugar o suor com as mãos, panos de pratos, panos de copa, guardanapos, aventais ou qualquer outra peça da vestimenta;
- i) Experimentar a comida nas mãos ou com os dedos;
- j) Fazer uso de utensílios e /ou equipamentos sujos;
- k) Provar alimentos em talheres e devolvê-los à panela sem prévia higienização;
- l) Sair do local de trabalho com o uniforme da empresa;
- m) Mascar goma, palito, fósforos ou similares e/ou chupar balas, comer;
- n) Manipular dinheiro;
- o) Tocar maçanetas com as mãos sujas;
- p) Trabalhar diretamente com alimentos quando apresentar qualquer um dos seguintes sintomas: lesões, ferimentos e/ou infecção na pele; diarreia ou disenteria; resfriado, gripe, tuberculose, faringite, amigdalite ou outras infecções pulmonares;

**Utilização de luvas****Uso de luvas descartáveis**

A adoção de luvas descartáveis ocorre quando não é possível utilizar utensílios e sempre por períodos rápidos. As luvas são trocadas toda vez que se retorna a uma função previamente interrompida.

Observa-se o uso de luvas nos seguintes casos:

- a) Na manipulação de alimentos prontos para consumo, que já tenham sofrido tratamento térmico;
- b) No preparo e manipulação de alimentos prontos para o consumo, que não serão submetidos a tratamento térmico;
- c) Na manipulação de saladas cujas hortaliças já tenham sido adequadamente higienizadas.

Uso de luvas térmicas

As luvas térmicas são utilizadas como item de segurança. São higienizadas periodicamente e sempre que necessário. Os manipuladores são orientados a não tocarem os alimentos, quando usadas.

Uso de luvas de borracha

Tais luvas são indicadas para a proteção do manipulador. Há distinção quando ao tipo de atividade e são mantidas sempre limpas e guardadas em local próprio no armário de materiais de limpeza. São utilizadas no desempenho das seguintes tarefas:

- a) Lavagem de panelas e utensílios;
- b) Coleta e transporte de lixo e outros resíduos;
- c) Higienização dos tambores e contentores de lixo;
- d) Limpeza dos sanitários e áreas de lixo e
- e) Manipulação de produtos químicos.

Uniformes

Os funcionários são uniformizados, respeitando as seguintes práticas:

- a) Usar uniforme de cor clara;
- b) Conservar o vestuário em bom estado, sem rasgos, manchas, parte descosturadas ou furos;
- c) Manter os uniformes limpos, bem passados e trocados diariamente;





- d) Adotar o uso de avental plástico quando trabalho em execução propiciar que os uniformes se sujem ou se molhem rapidamente, não devendo ser utilizado próximo ao calor;
- e) Não utilizar panos ou sacos plásticos para proteção do uniforme;
- f) Garantir que o uniforme seja usado apenas nas dependências internas do serviço;
- g) Impedir que os funcionários uniformizados sentem-se ou deitem-se no chão, sacarias ou outros locais impróprios;
- h) Impedir carregar no vestiário: canetas, lápis, espelhos, ferramentas, pentes, pinças, batons, alfinetes, presilhas, cigarros, isqueiros, relógios, etc;
- i) Adotar o uso de calçados fechados apropriados, em boas condições de higiene e conservação, não sendo permitidos calçados de tecido ou lonas;
- j) Adotar o uso de meias próprias, limpas e trocadas diariamente;
- k) Impedir durante o trabalho, o uso de acessórios ou adereços tais como: anéis, colares, relógios, correntes, amuletos, pulseiras, brincos e inclusive aliança;
- l) Manter os cabelos totalmente cobertos e protegidos, através de rede própria, touca, gorro ou similar, não utilizando grampos para a fixação das redes, toucas e gorros;
- m) Não permitir que qualquer peça do uniforme seja lavada dentro da cozinha.

HIGIENE AMBIENTAL, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS

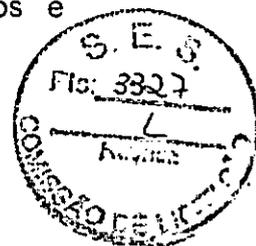
Higiene manual de utensílios

Procedimentos básicos

- a) Retirar o excesso de sujidade e/ ou recolher os resíduos;
- b) Umedecer uma esponja em solução detergente;
- c) Iniciar a lavagem utilizando água, dispendo de modo organizado os utensílios já ensaboados e constituindo lotes ensaboados em quantidade suficiente, de acordo com o espaço disponível;
- d) Enxaguar em água corrente até remoção total do detergente e demais resíduos, fechando a torneira a cada interrupção da operação de enxágüe para iniciar um novo lote;
- e) Prosseguir sucessivamente, trabalhando em lotes para uso racional da água;
- f) Fazer a desinfecção;



- g) Imergir ou borrifar solução clorada 200 ppm, aguardar 15 minutos e enxaguar, ou borrifar álcool 70%;
- h) Deixar secar naturalmente;
- i) Guardar em local limpo e seco.



Higienização de equipamentos em geral

Procedimentos Básicos:

- a) Desligar da tomada;
- b) Desmontar o equipamento retirando suas partes removíveis;
- c) Lavar com detergente e esponja;
- d) Enxaguar em água corrente;
- e) Fazer a desinfecção: imergir ou borrifar solução clorada 200 ppm, deixando em contato por 15 minutos ou utilizar álcool 70 %;
- f) Deixar secar naturalmente;
- g) Higienizar a seco, as partes fixas, fios e tomadas;
- h) Finalizar, com pano embebido em solução clorada 200 ppm ou álcool 70 %;
- i) Montar o equipamento e cobrir.

Obs: As superfícies que entram em contato direto com os alimentos são enxaguadas após a desinfecção com solução clorada.

Higienização de refrigeradores e freezers

Adota-se a frequência de limpeza semanal.

Higienização do sistema de exaustão

- a) É realizado um programa periódico de limpeza especializada dos ductos, tubulações e filtros das coifas e exaustores.
- b) Limpeza da coifa é semanal e os ductos internos trimestral.

Higienização da caixa de gordura

A higienização é realizada periodicamente por empresa terceirizada contratada pelo hospital. A empresa fornece comprovante de execução que descreve todos os procedimentos realizados durante a higienização.

Faxina geral das cozinhas



A cozinha passa por uma limpeza geral uma vez por semana na qual se higienize equipamentos, paredes, teto e chão. Os procedimentos são:

- a) Recolher os resíduos;
- b) Umedecer com água;
- c) Lavar com sabão desengordurante ou produto específico;
- d) Esfregar bem
- e) Enxaguar com água corrente;
- f) Jogar solução de cloro;
- g) Retirar o excesso de água com o auxílio do rodo

Higienização de pias, bancadas, tanques e mesas de apoio

As pias, bancadas, tanques e mesas de apoio são limpas diariamente e sempre que houver troca de operação, seguindo os seguintes passos:

- a) Recolher os resíduos;
- b) Lavar com água e sabão;
- c) Enxaguar com água;
- d) Retirar o excesso de água;
- e) Secar com pano descartável específico;
- f) Sanitizar com álcool 70°;
- g) Deixar secar naturalmente;

Higienização de caixa d'água

A higienização da caixa d'água é realizada periodicamente por empresa terceirizada contratada pelo hospital. A empresa fornece comprovante de execução que descreve todos os procedimentos realizados durante a higienização.

HIGIENE DE ALIMENTOS

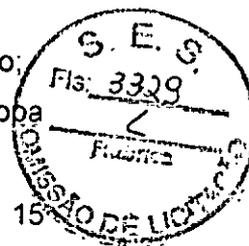
Higienização de hortifrutis

Os legumes, verduras e frutas são lavados e desinfetados, da seguinte forma:

- a) As frutas e hortaliças são selecionadas uma a uma, desprezando as estragadas;
- b) São lavadas uma a uma com água corrente retirando as sujidades;



- c) Numa vasilha de plástico é preparada a solução clorada para a desinfecção;
- d) A solução sanitizante, a base de hipoclorito, é feita usando (1) colher de sopa para 1 litro de água potável;
- e) As folhas e frutas são deixadas totalmente imersas nesta solução por 15 (quinze) minutos;
- f) Em seguida, são enxaguadas em água potável e escorridas, para retirar todo o excesso de água.



Recebimento de mercadorias

Nesta etapa é observado:

- a) As condições higiênicas dos veículos dos fornecedores;
- b) A existência de Certificado de Vistoria do veículo de transporte;
- c) A higiene pessoal e a adequação do uniforme do entregador, inclusive com proteção para os cabelos ou mãos de acordo com a necessidade;
- d) A integridade e a higiene da embalagem;
- e) A adequação da embalagem, de modo que o alimento não mantenha contato direto com papel, papelão ou plástico reciclado;
- f) A realização da avaliação sensorial dos produtos;
- g) A correta identificação do produto no rótulo: nome, composição do produto e lote; número do registro no Órgão Oficial; CNPJ, endereço e outros dados do fabricante e do distribuidor; temperatura recomendada pelo fabricante e do distribuidor; quantidade (peso); datas de validade e de fabricação.

No recebimento de mercadorias, caso haja mais de um fornecedor aguardando, dar preferência de atendimento na seguinte ordem:

1. alimentos perecíveis resfriados e refrigerados;
2. alimentos perecíveis congelados;
3. alimentos perecíveis permitidos em temperatura ambiente;
4. alimentos "não perecíveis";

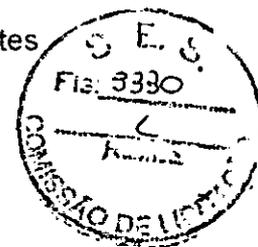
Recebimento de carnes

Estes gêneros devem ser entregues acondicionados em monoblocos ou caixas de papelão lacradas, embaladas em sacos plásticos ou a vácuo, devidamente identificados, inclusive os salgados e defumados. Durante o recebimento

Handwritten initials and a signature.

destes produtos, deve-se atentar para a observação das seguintes características e procedimentos:

- a) não formação de cristais de gelo;
- b) ausência de água dentro da embalagem;
- c) inexistência de sinais de recongelamento;
- d) registro e controle da temperatura.



Temperaturas recomendadas para o recebimento de carnes

Carnes refrigeradas	Até 6°C com tolerância até 7°C
Carnes congeladas	-18°C com tolerância até -12°C
Frios e embutidos industrializados	Até 10°C ou de acordo com o fabricante
Produtos salgados, curados ou defumados	Temperatura ambiente ou recomendada pelo fabricante

O estoquista é o funcionário designado para seu recebimento e deverá conferir a temperatura da mercadoria e o peso requisitado. Não estando em conformidade, a mercadoria não é recebida, devendo o fornecedor trocá-la. As carnes são imediatamente acondicionadas no freezer ou refrigerador adequado.

Recebimento de hortifrutigranjeiros

É observado tamanho, cor, odor, grau de maturação, ausência de danos físicos e mecânicos. A triagem é feita retirando-se folhas velhas, frutos verdes e deteriorados antes da pré-higienização e acondicionamento adequado.

São aceitos apenas os ovos que estiverem em caixas de papelão, protegidos por bandejas, tipo "gavetas", apresentando a casca íntegra, sem rachaduras e sem resíduos que indiquem a falta de higiene do fornecedor.

Temperaturas recomendadas para o recebimento de hortifrutigranjeiros

Hortifrutigranjeiros congelados	pré-processados	-18°C com tolerância até -12°C
Hortifrutigranjeiros resfriados	pré-processados	Até 10°C ou de acordo com o fabricante
Hortifrutigranjeiros "in natura"		Temperatura ambiente

**Recebimento de leite e derivados**

São conferidos nestes produtos: o prazo de validade do leite e seus derivados e as condições das embalagens, de modo que não se apresentem estufados ou alteradas.

A temperatura recomendada para o recebimento de leite "*in natura*" e seus derivados é de até 10°C ou de acordo com o fabricante.

Recebimento de estocáveis

Os produtos, que possuem estabilidade quando estocados à temperatura ambiente, devem apresentar-se com embalagens íntegras, próprias para cada tipo, dentro do prazo de validade e com identificações corretas no rótulo.

Os cereais, farináceos e leguminosas não devem apresentar vestígios de insetos, umidade excessiva e objetos estranhos. As latas não devem estar enferrujadas, estufadas ou amassadas e os vidros não devem apresentar vazamentos nas tampas, formação de espumas, ou qualquer outro sinal de alteração do produto.

A temperatura ambiente é recomendada para o recebimento de estocáveis.

Recebimento de descartáveis, produtos e materiais de limpeza

Os materiais de limpeza e os descartáveis devem estar em embalagens íntegras, próprias para cada produto e com identificação correta no rótulo.

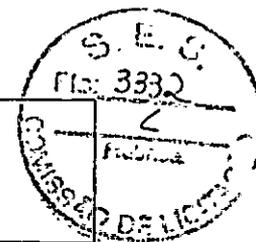
No caso dos produtos de limpeza, deve-se observar ainda, o prazo de validade e o número de registro no Ministério da Saúde.

ARMAZENAMENTO**Critérios gerais para o armazenamento da matéria-prima**

O estoque de mercadorias são departamentalizada, de acordo com os critérios descritos no quadro abaixo.

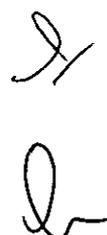
Divisão de armazenamento, de acordo com tipo de insumo.

<p>Area "insumos": - Em ambiente diferente da área química</p>	<p>Limpeza e outros: - produtos de limpeza - materiais de limpeza</p>
<p>Alimentos: - sob refrigeração (0°C a 10°C, conforme o produto) - sob congelamento (abaixo de 0°C) - sob temperatura ambiente (ideal até 26°C com umidade = 50 a 60%)</p>	<p>Descartáveis: - separados dos alimentos (temperatura ambiente)</p>



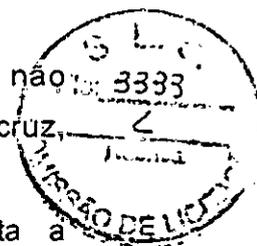
Orientações gerais para armazenamento:

- a) Apoiar alimentos, ou recipientes com alimentos, sobre estrados ou em prateleiras, não permitindo contato direto com o piso;
- b) Não manter caixas de madeira na área do Estoque ou em qualquer outra área da UAN (é proibida a entrada de caixas de madeira nas áreas de armazenagem e manipulação).
- c) Manusear as caixas com cuidado, evitando submetê-las a peso excessivo;
- d) Não arrastar pelo piso: monoblocos, caixas plásticas, entre outros. Adotar o procedimento de carregá-los à mão;
- e) Dispor os alimentos em estrados, garantindo boa circulação de ar, mantendo-os afastados da parede e entre si;
- f) Organizar os produtos de acordo com suas características: enlatados, farináceos, grãos, garrafas, descartáveis, etc;
- g) Dispor os produtos obedecendo a data de fabricação. Os produtos com data de fabricação mais antiga devem ser posicionados para serem consumidos em primeiro lugar: **sistema PVPS= Primeiro que Vence, Primeiro que Sai;**
- h) Proporcionar uma boa ventilação para os produtos de prateleira mantendo-os distantes do forro no mínimo 60 cm e afastados da parede 35 cm, sempre que possível, sendo 10 cm o mínimo aceitável, de acordo com o tamanho da área do estoque;
- i) Manter sempre as limpas as embalagens dos produtos;





- j) Conservar alinhado o empilhamento de sacarias, em altura que não prejudique as características do produto e com amarração em forma de cruz, para favorecer a ventilação;
- k) Respeitar o espaçamento mínimo necessário (10 cm) que garanta a circulação de ar entre os produtos armazenados em estrados e/ou prateleiras;
- l) Preservar a qualidade dos produtos e a higiene da área, retirando sucatas, materiais fora de uso, embalagens vazias, etc.;
- m) Observar, constantemente, a data de validade dos produtos, a fim de evitar o vencimento dos mesmos. Nunca utilizar produtos vencidos, desprezando-os sempre;
- n) Atentar para eventuais e quaisquer irregularidades com os produtos, encaminhando pessoalmente os procedimentos para sua inutilização;
- o) Identificar todos os alimentos armazenados. Na impossibilidade de manter o rótulo original do produto, as informações devem ser transcritas em etiquetas;
- p) Manter os alimentos devidamente protegidos após a abertura de suas embalagens originais. Depois de abertos, os alimentos devem ser transferidos das embalagens originais, sendo acondicionados em descartáveis ou em contentores higienizados, adequados (impermeáveis, laváveis e atóxicos), cobertos e identificados;
- q) Proteger os alimentos prontos para consumo, sendo a cobertura isolada para cada recipiente, de modo que o fundo de um recipiente não fique em contato com o alimento do recipiente inferior, quando empilhados. Os sacos plásticos apropriados ou impermeáveis utilizados para a proteção dos alimentos devem ser de uso único, exclusivo para determinado fim, ou seja, jamais devem ser reaproveitados;
- r) Armazenar os diferentes gêneros alimentícios num mesmo equipamento refrigerador, respeitando a seguinte disposição:
1. alimentos prontos para o consumo nas prateleiras superiores;
 2. os semiprontos e/ou pré-prontos nas prateleiras do meio;
 3. o restante, como produtos crus e outros, nas prateleiras inferiores.
- s) Refrigerar ou congelar os alimentos em volumes com altura máxima de 10 cm ou em peças de até 2 kg;
- t) Não manter caixas de papelão em áreas de armazenamento sob ar frio, pois estas embalagens são porosas, isolantes térmicas e promovem a

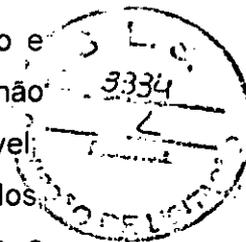




contaminação externa. Porém, as embalagens de leite, ovo pasteurizado e similares podem ser armazenados em refrigeradores ou câmaras comuns, não exclusivas para este fim, devido a seu acabamento liso, impermeável e lavável;

u) Colocar os produtos destinados à devolução em locais apropriados, devidamente identificados por fornecedor, para que não comprometam a qualidade dos demais;

v) Conservar as portas das áreas de armazenamento e, no caso de refrigerador e câmaras, abri-las o mínimo de vezes possível.

**Recomendações para o armazenamento pós-manipulação**

- a) Respeitar rigorosamente as recomendações do fornecedor para o adequado armazenamento dos alimentos, ou seja, sob temperatura ambiente, sob congelamento e/ou sob refrigeração;
- b) Atentar que, após a abertura das embalagens originais, perde-se imediatamente o prazo de validade do fabricante;
- c) Não congelar os alimentos unicamente destinados à refrigeração, quando em suas embalagens originais o fornecedor assim os indicar;
- d) Não recongelar crus os alimentos que tenham sido descongelados para serem manipulados. Os alimentos descongelados só poderão submeter-se a novo congelamento se forem processados,
- e) Programar o uso de carnes congeladas considerando que após o descongelamento estas somente poderão ser armazenadas sob refrigeração (até 4°C) por até 72h para bovinos e aves, e por até 24h para os pescados;
- f) Armazenar em temperatura de segurança os alimentos prontos que sofreram cocção mantendo-os sob refrigeração ou sob congelamento, devidamente etiquetados, respeitando os Critérios de Uso;
- g) Não recongelar alimentos prontos que já tenham sido descongelados anteriormente;
- h) Observar que os alimentos retirados de suas embalagens originais para serem manipulados crus poderão ser armazenados ou sob congelamento, desde que devidamente etiquetados, respeitando as normas de identificação e os Critérios de Uso;



Sistema de etiquetas de identificação

As etiquetas para identificação dos produtos são colocadas em todos os alimentos pré-processados ou prontos, que foram abertos, mas não utilizados em sua totalidade.

As etiquetas de identificação devem conter os seguintes dados: nome do produto, data de manipulação ou preparo e data de validade.

Tempo de armazenamento sob refrigeração de acordo com tipo de alimento

ARMAZENAMENTO SOB REFRIGERAÇÃO (0-5 °C)	
PRODUTO	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Alimentos industrializados (embalagem fechada)	Validade na embalagem (temperatura indicada pelo fabricante)
Ovos	14 dias (temperatura 10° C)
Alimentos pós-cozido (exceto pescados)	3 dias
Alimentos pós-manipulação/embalagens abertas (exceto pescados)	
Carnes cruas e seus produtos manipulados (exceto pescados)	
Recheios, cremes e molhos prontos	
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	2 dias
Hortifruti manipulado	1 dia
Pescados crus ou cozidos e seus produtos manipulados	
ARMAZENAMENTO SOB CONGELAMENTO (De -10 °C a -18 °C)	
Carnes cruas ou cozidas, pescados, outros alimentos congelados	Por 30 dias

Armazenamento de descartáveis, produtos e materiais de limpeza

Os descartáveis, produtos e materiais de limpeza devem ser armazenados à temperatura ambiente, em locais adequados, sendo que os produtos de limpeza devem ser armazenados separados dos produtos alimentícios, em locais diferentes.

Refrigeração e congelamento

Recomendações básicas

[Handwritten signature]

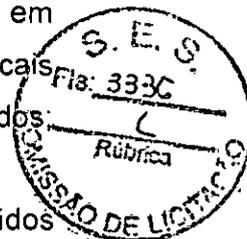
a) Produtos "in natura" (crus): Separados, sempre que possível, em equipamentos distintos ou, quando num mesmo equipamento, em locais separados: massas frescas; produtos cárneos; laticínios; frios e embutidos; verduras e legumes; frutas; temperos; etc.

b) Produtos processados e/ou cozidos, prontos para consumo: São mantidos separados entre si: saladas prontas; sobremesas; alimentos pós-cozido, etc.

Observa-se com frequência a data de validade dos produtos, a fim de evitar o vencimento dos mesmos. Nunca são usados produtos vencidos.

c) Se observadas eventuais irregularidades com os produtos, estes são encaminhados para procedimentos de inutilização.

d) Todos os alimentos refrigerados e congelados são identificados ou mantidos no rótulo original do produto.



Critérios de temperatura e tempo para refrigeração e congelamento

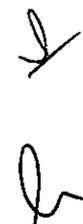
a) Alimentos em temperatura original deve atingir 4°C em até 6 horas;

b) Alimento pós-cozido (55° C) deve atingir 21° C (sem cobrir) em 2 horas; e de 21°C até 4°C (coberto) em 6 horas;

O resfriamento até 21°C e a refrigeração até 4°C podem ser acelerados através do uso de refrigeradores.

Critérios de temperatura e tempo para refrigeração

PRODUTO	TEMPERATURA	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Alimentos industrializados (embalagem fechada)	Indicada para fabricante	Validade na embalagem
Alimentos pós-cozido (exceto pescados)	Até 4°C	72 h
Alimentos pós-manipulação/embalagens abertas (exceto pescados)	Até 4°C	72 h
Amostra de alimentos	Até 4°C	72 h
Carnes cruas e seus produtos manipulados (exceto pescados)	Até 4°C	72 h
Descongelamento de alimentos sob refrigeração	Até 4°C	Tempo necessário





Dessalgue de carnes sob refrigeração	Até 4°C	Tempo necessários
Hortifruti manipulado	Até 10°C	72 h
Massas frescas	Até 4°C	72 h
Ovos "in natura"	Até 10°C	14 dias
Pescados crus ou cozidos e seus produtos manipulados	Até 4°C	24 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 4°C	72 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 6°C	48 h
Sobremesas, frios e laticínios manipulados	Até 8°C	24 h
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	Até 4°C	48 h
Maionese e misturas de maionese com outros alimentos	Até 6°C	24 h



Critérios de temperatura e tempo para o congelamento.

PRODUTOS	TEMPERATURA	TEMPO DE ARMAZENAMENTO
Amostras de alimentos (exceto líquidos)	- 18°C	72 h
Alimentos congelados/embalagem fechada	Registrada na embalagem	De acordo com fabricante

Descongelamento

O descongelamento seguro é realizado optando-se por uma das seguintes técnicas:

- Em equipamento refrigerado até 4°C: câmara frigorífica, refrigerador ou outro equipamento específico;
- Em forno de convecção ou microondas;
- Em água corrente com temperatura inferior a 21°C, por 4 h, com o alimento protegido por embalagem adequada; (convém monitorar a temperatura na superfície do alimento para não ultrapassar 4°C);

**PRÉ-PREPARO/PREPARAÇÃO****Orientações gerais**

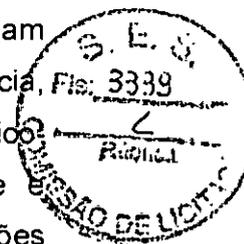
- a) Garantir que todos os manipuladores higienizem as mãos antes de tocar em qualquer alimento, durante os diferentes estágios de processamento e a cada mudança de tarefa de manipulação;
- b) Tomar cuidado com luvas e máscaras porque podem ocasionar contaminação quando usadas inadequadamente;
- c) Utilizar utensílios adequados na manipulação de alimentos e, somente em último caso, tocar os alimentos com as mãos;
- d) Não permitir que os alimentos entrem em contato com os cabos dos utensílios, beirais ou outros pontos tocados pelas mãos;
- e) Higienizar as superfícies de trabalho, placas de altileno e equipamentos, antes e depois de cada tarefa;
- f) Atentar para não ocorrência de contaminação cruzada entre os vários gêneros de alimentos durante a manipulação, no pré-preparo e preparo final;
- g) Proteger os alimentos em preparação ou prontos, garantindo que estejam sempre cobertos com tampas, filmes plásticos ou papéis impermeáveis, os quais não devem ser reutilizados;
- h) Manter os alimentos em preparação ou preparados sob temperaturas de segurança, isto é, inferior a 4°C ou superior a 65°C.

Cocção e reaquecimento**Recomendações gerais:**

- a) Garantir que os alimentos cheguem a atingir 74°C no seu interior ou combinações conhecidas de tempo e temperatura que confirmam a mesma segurança, tais como: 65°C por 15 minutos e 70°C por 2 minutos;
- b) planejar o processo de cocção para que mantenha, tanto quanto possível, todas as qualidades nutritivas do alimento;
- c) elevar a temperatura de molhos quentes a serem adicionados a alguma preparação, garantindo que ambos (molho e alimento) voltem a atingir novamente 74°C no seu interior;
- d) elevar a temperatura do leite a ser servido, frio ou quente, garantindo que atinjam 74°C;



- e) atentar para que os óleos e gorduras utilizados nas frituras não sejam aquecidos mais de 180°C, verificando a qualidade do óleo com frequência, examinando-se o odor, o gosto e a cor. Para isso, pode-se utilizar testes físicos ou químicos comerciais rápidos, desde que comprovada a sua qualidade e eficácia ou pode-se manter outros controles, conforme recomendações específicas para óleo de fritura;
- f) manter registro das temperaturas.



Porcionamento

A manipulação durante esta etapa é realizada observando-se rigorosamente as recomendações de higiene pessoal (uso de máscara e luva), ambiental e dos alimentos para evitar a recontaminação ou a contaminação cruzada.

O processo de porcionamento das preparações é completado dentro do menor espaço de tempo possível, ou seja, essa manipulação deve ser feita em pequenos lotes de modo que os alimentos não permaneçam abaixo de 65°C ou acima de 10°C por mais de 30 minutos. Vale ressaltar que nesta etapa deve-se atentar para o uso de recipientes bem limpos e desinfetados.

Sobras

Tipos de Sobras

As sobras de alimentos podem ser assim classificadas: alimentos não preparados; alimentos pré-preparados; alimentos prontos.

Requisitos para reaproveitamento de sobras

Nunca são reutilizados alimentos prontos que já foram servidos/distribuídos. Caso ocorra sobras de alimentos prontos e não servidos é seguidos os seguintes critérios.

Sobras quentes

As sobras de alimentos quentes que ficaram acima de 65°C por até 12 horas ou a 60°C por até 6 horas ou menos que 3 horas abaixo de 60°C são conduzidas para uma próxima distribuição em até 12 horas no máximo. São reaquecidos até atingirem novamente 74°C e mantidas em condições seguras de temperatura e tempo até o momento da distribuição;

**Sobras frias**

As sobras de alimentos frios que ficarem até 10°C por no máximo 4 horas ou menos que 2 horas entre 10°C e 21°C, são assim conduzidas:

- a) para refrigeração: atingem novamente 4°C em 4 horas no centro geométrico do alimento, para serem reaproveitados no máximo em 24 horas;
- b) para a cocção, para serem reaproveitadas em pratos quentes: atingem na cocção 74°C no centro geométrico do alimento e então são mantidos em condições seguras de tempo e temperatura para distribuição de alimentos quentes (acima de 65°C) para serem consumidas em no máximo 12 horas;

CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS**Medidas preventivas adotadas:**

- O ambiente é mantido limpo, sem objetos em desuso, resíduos de alimentos e água estagnada
- Ralos e outros acessos ficam sempre fechados.
- O lixo é retirado frequentemente e sempre que a produção finalizar.
- A limpeza das áreas de preparação de alimentos é feita diariamente.
- A seleção dos alimentos no seu recebimento ocorre, descartando os que possuírem contaminação por vetores e pragas.

Além dos procedimentos de prevenção, citados a cima, medidas de erradicação devem ser adotadas quando houver a invasão por pragas. Este é realizado por empresa especializada, conforme legislação específica, com produtos desinfetantes regularizados pelo Ministério da Saúde e com supervisão de pessoa especializada.

Após a aplicação da desinfecção, os equipamentos e utensílios são higienizados para a remoção dos resíduos antes da reutilização.

Na ocorrência de vetores e pragas, o funcionário deve informar a nutricionista e preencher a planilha específica para posterior procedimento de controle.

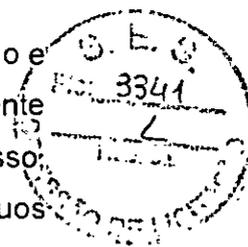
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Os coletores utilizados para deposição dos resíduos das áreas de preparação e armazenamento de alimentos são integrados, de plástico, devidamente identificados e dotados de tampas acionadas sem contato manual. Além disso, estão disponíveis em número e capacidade suficiente para conter os resíduos produzidos.

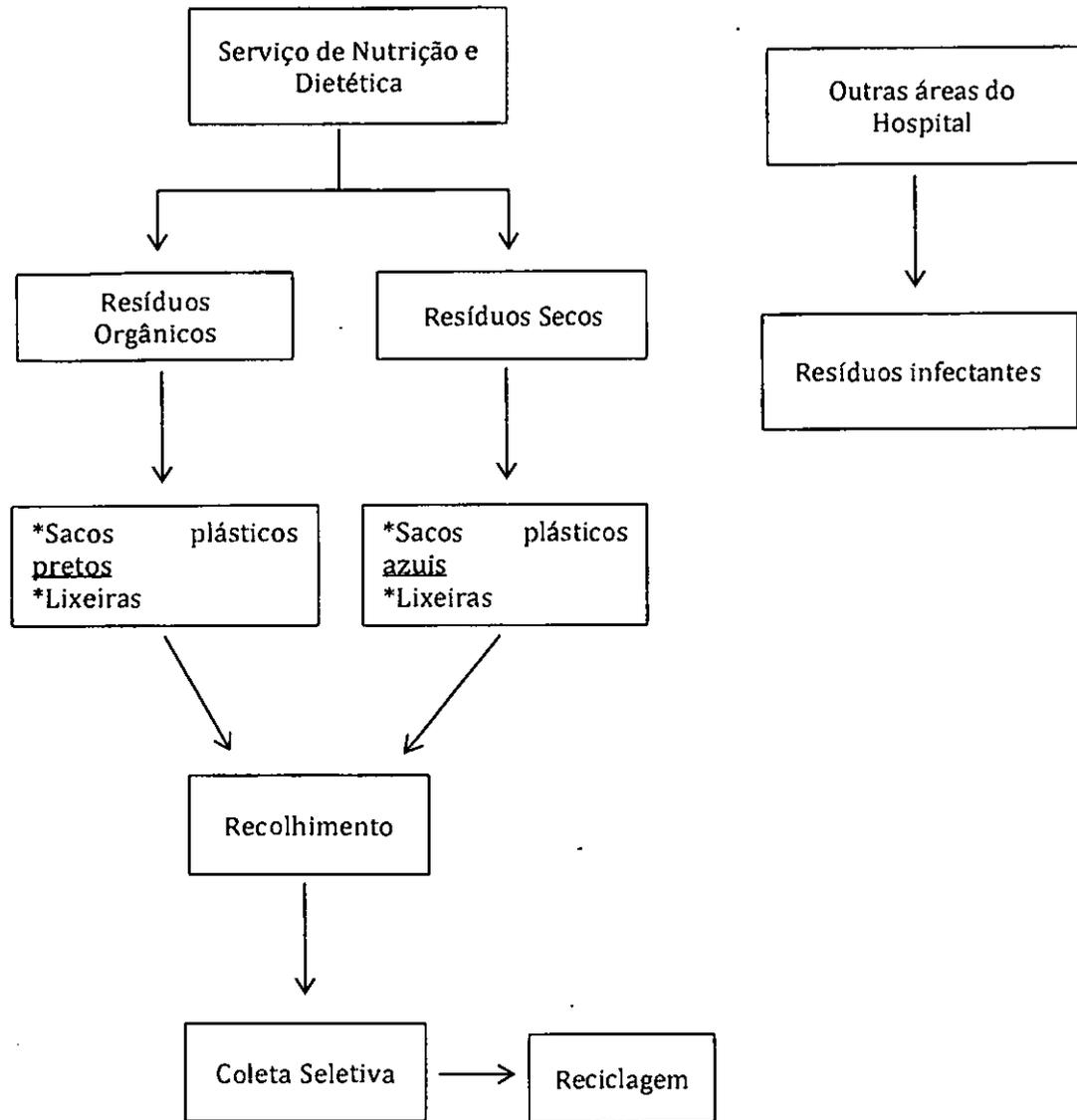
Os resíduos nunca são colocados em contato direto com os coletores, são utilizados sacos plásticos. Os recipientes são separados para resíduos orgânicos e resíduos secos (plástico, papel, metal, vidro). Os resíduos orgânicos possuem sacos plásticos pretos e os secos sacos azuis. Resíduos infectantes não são produzidos pela Seção de Alimentação Coletiva.

O descarte do lixo é realizado da seguinte maneira:

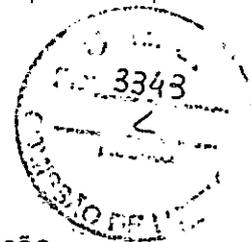
- Sempre antes de o coletor encher totalmente;
- O saco plástico é amarrado e encaminhado imediatamente para o coletor na parte externa pelo colaborador responsável;
- O coletor é devidamente higienizado após o descarte;
- O colaborador responsável pelo descarte não utiliza a mesma roupa na área de manipulação;
- O colaborador responsável pelo descarte sempre higieniza suas mãos e o antebraço após a atividade.



FLUXOGRAMA DE DESCARTE DE RESÍDUOS



[Handwritten signatures]

**GESTÃO DA QUALIDADE****Boas Práticas de Fabricação (BPF)**

BPF são procedimentos que devem ser dotados na Seção de Alimentação Coletiva a fim de garantir a qualidade higiênico-sanitária e a conformidade do alimento com a legislação em vigor. (RDC nº 216, 2004).

ISO 22000

A ISO 22000 é uma norma para os Sistemas de Gestão de Segurança de Alimentos voltada para empresas que se preocupam em assegurar controles dos perigos em toda sua cadeia produtiva de alimentos, garantindo que o alimento está seguro no momento do consumo humano.

Tem como objetivo facilitar a comercialização em toda a cadeia da indústria de alimentos mundial, uma vez que muitos países, incluindo o Brasil, estão buscando proteger a sua população, desenvolvendo normas nacionais. A norma pretende unificar e complementar as diferentes exigências feitas aos exportadores da cadeia alimentar, contribuindo para a reeducação das barreiras técnicas.

Vantagens:

- a) Controle dos riscos e determinação de medições preventivas eficientes;
- b) Aumento da segurança do produto;
- c) Análise sistemática e realização de fluxos de processos seguros e eficientes em termos de segurança e controle de processo de alimentos para detectar a tempo riscos envolvendo higiene e segurança de embalagens;
- d) Aumento da confiança do consumidor e revendedor na segurança, qualidade e legalidade do produto;
- e) Análise sistemática e realização de fluxos de processos seguros e eficientes em termos de segurança e controle de processo de alimentos para detectar a tempo riscos envolvendo higiene e riscos perigosos de saúde para os consumidores.

Sistema APPCC



O Sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC) é baseado numa série de etapas, inerentes ao processamento dos alimentos, incluindo todas as operações que ocorrem desde a obtenção da matéria-prima até o consumo do alimento, fundamentando-se na identificação dos perigos potenciais à segurança do alimento, bem como nas medidas para o controle das condições que geram os perigos.

Constitui uma poderosa ferramenta de gestão, oferecendo uma forma de se conseguir um efetivo controle dos perigos. O Sistema APPCC tem como objetivo identificar os perigos relacionados com a saúde do consumidor que podem ser gerenciados em segmentos da produção, estabelecendo formas de controle para garantir a segurança do produto e a inocuidade para o consumidor.

Conceitos importantes:

- a) Ação corretiva: Ação para eliminar a causa da não-conformidade detectada ou outra situação indesejável.
- b) Análise de Perigos: Consiste na identificação e avaliação de perigos potenciais, de natureza física, química e biológica, que representam riscos à saúde do consumidor.
- c) APPCC: Sistemática de procedimentos que tem por objetivos identificar, avaliar e controlar os perigos para a saúde do consumidor e caracterizar os pontos e controles considerados críticos para assegurar a inocuidade dos alimentos.
- d) Controle: O estado no qual os procedimentos corretos estão sendo aplicados e a etapa ou processo está de acordo com os limites pré-estabelecidos (o processo está sob controle).
- e) Correção: Ação para eliminar uma não-conformidade detectada
- f) Critério: Requisito no qual é baseada a tomada de decisão ou julgamento.
- g) Desvios: Não atendimento aos limites críticos estabelecidos para os critérios selecionados.
- h) Limite crítico: Valores ou atributos máximos e/ou mínimos estabelecidos para cada critério e que, quando não atendidos, significam impossibilidade de garantia da segurança do alimento.



i) Limite de segurança: Valores ou atributos próximos aos limites críticos e que são adotados como medida de segurança para reduzir a possibilidade de os mesmos não serem atendidos.

j) Medida de Controle (medida preventiva): Qualquer ação ou atividade que pode ser usada para prevenir, eliminar ou reduzir um perigo à saúde do consumidor. As medidas de controle se referem às fontes e aos fatores que interferem com os perigos tais como: possibilidade de introdução, sobrevivência e/ou multiplicação de agentes biológicos e introdução e permanência de agentes físicos ou químicos no alimento.

k) Monitorização (monitoração): Sequência planejada de observações ou mensurações devidamente registradas que permitem avaliar se um perigo está sob controle.

l) Perigo: Contaminante de natureza biológica, química ou física do alimento que pode causar dano à saúde ou à integridade do consumidor. O conceito de perigo poderá ser mais abrangente para aplicação industrial ou governamental, considerando aspectos de qualidade, fraude econômica e deteriorações, dentre outros cianeto em mandioca, substâncias tóxicas em cogumelos e outros

m) Perigo significativo: Perigo de ocorrência possível e/ou com potencial para resultar em risco inaceitável à saúde do consumidor.

n) Ponto de controle (PC): Os pontos ou etapas afetando a segurança, mas controlados prioritariamente por programas e procedimentos pré-requisitos (Boas Práticas de Fabricação, Procedimentos Operacionais Padronizados)

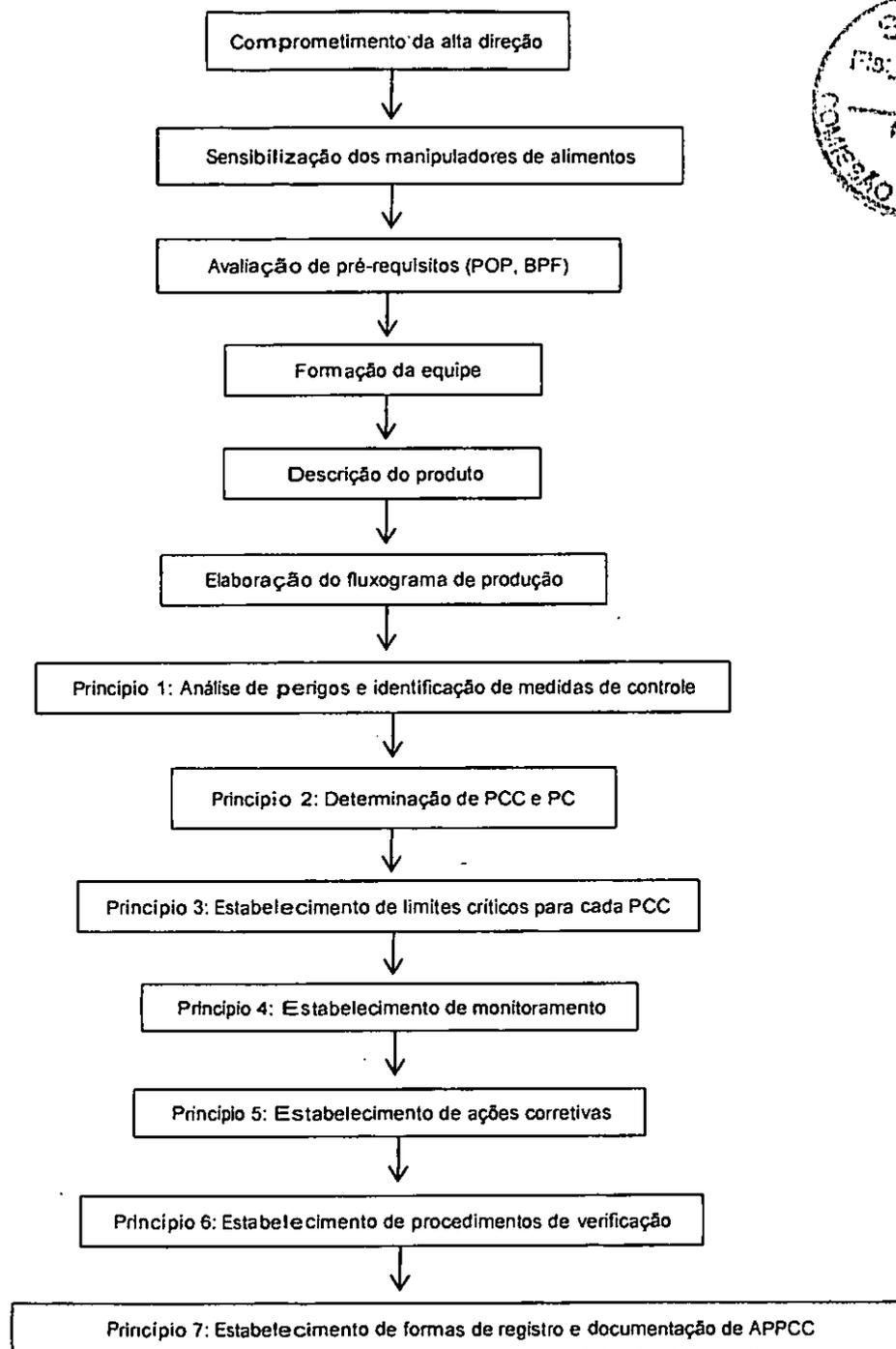
o) Ponto crítico de controle (PCC): Qualquer ponto, etapa ou procedimento no qual se aplicam medidas de controle (preventivas) para manter um perigo significativo sob controle, com objetivo de eliminar, prevenir ou reduzir os riscos à saúde do consumidor.

p) Registro: Documento específico para dados/ resultados/ leituras específicas.

q) Risco: no contexto de segurança de alimentos, significa a função da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso à saúde (por exemplo, ficar doente) e a severidade deste efeito (morte, hospitalização, ausência no trabalho etc.) quando há exposição a este perigo específico.

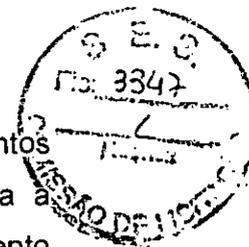
r) Verificação: Uso de métodos, procedimentos ou testes para validar, auditar, inspecionar, calibrar, com a finalidade de assegurar que o Plano APPCC está em concordância com o Sistema APPCC e é cumprido operacionalmente e/ou necessita de modificação e revalidação.

SEQUÊNCIA DE AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA APPCC



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS (POP)

Os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) são procedimentos escritos de forma objetiva que estabelecem instruções sequenciais para a realização de operações rotineiras e específicas na produção, armazenamento e transporte de alimentos. (ANVISA, RDC nº 275, 2002).

**PLANILHAS DE CONTROLE**

As planilhas de controle são importantes ferramentas para monitoramento e registro das etapas de processamento na Seção de Alimentação Coletiva.

**MANUAL DE DIETAS HOSPITALARES
NUTRIÇÃO VIA ORAL****Padronização da nomenclatura da nutrição via oral**

A prescrição dietética deverá ser realizada seguindo a padronização abaixo relacionada.



Padronização da nomenclatura das dietas via oral

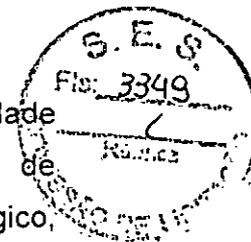
NOME DA DIETA	ABREVIATURA	CARACTERÍSTICA DA DIETA	ABREVIATURA
Livre	Livre	Sem lactose	S/ lact
Branda	Br	Diabetes	DM
*Sem resíduo (Pastosa obstipante sem lactose)	Past obst s/ lact	Hipossódica	HipoS
Pastosa	Past	Hipoproteica	HipoP
Pastosa para Disfagia	Past Disf	Hiperproteica	HP
Líquida pastosa	L Past	Hipolipídica	HipoL
Líquida completa	L Compl	Hipocalêmica	HipoK
Líquida	L Compl	IRC	IRC
Líquida restrita	L Rest	IRC em diálise	IRCd
Líquida sem resíduo	L Rest	Hipercalórica	HC
Laxativa	Lax	Hipercalórica e hiperproteica	HC HP
Obstipante	Obst	Sopa	Sopa

Existem ainda termos relativos à dietoterapia que são de interesse para a equipe de nutrição. Estes estão descritos no quadro 21.

Termos de interesse para a equipe de nutrição

NOME	ABREVIATURA	NOME	ABREVIATURA
Sonda aberta	S/A	Sem prescrição	SP
Gastrostomia	GTT	Sonda Nasoentérica	SNE
Jejunostomia	JTT	Sonda Nasogástrica	SNG
Nutrição Parenteral Total	NPT	Sonda Orogástrica	SOG
Zero	Zero	Hemodiálise	HD
Via Oral	VO	-	-

Descrição das dietas orais segundo consistência

**Dieta livre**

Esta dieta atende aos requisitos de uma dieta equilibrada, com qualidade (nutrientes necessários ao organismo), quantidade (total calórico e de nutrientes), adequação (ao peso, altura, clima, sexo, estado fisiológico, coletividade, etc.) e harmonia (distribuição de macro e micronutrientes) (LANDABURE, 1968). Não apresenta restrição quanto à forma de preparo dos alimentos. Segue o cardápio geral.

Dieta para imunossuprimido

Caracteriza-se como uma dieta de consistência e porcionamento normais, porém sem vegetais crus.

Dieta branda

Nesta dieta, os alimentos são abrandados por cocção ou ação mecânica, proporcionando uma consistência mais macia do que a dieta livre, facilitando a mastigação, deglutição e a digestão. Evitam-se condimentos fortes, alimentos picantes ou irritantes, fermentativos e fibrosos. Os alimentos são preparados com pouco lipídio (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta pastosa

Esta dieta caracteriza-se por uma consistência abrandada pela cocção e processos mecânicos. São utilizados alimentos moídos e desfiados, liquidificados, em forma de purês, mingaus e papas, exigindo pouca mastigação e facilitando a deglutição. Alimentos como pães, torradas e bolachas devem ser imersos no leite ou chá antes de ingeridos. Apresenta consistência menos sólida e mais macia que a dieta branda (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta pastosa para disfagia

Baseia-se na alteração dos alimentos sólidos e líquidos quanto à sua consistência e viscosidade. Pode-se fazer uso de espessantes naturais (amido de milho, farinhas finas, leite em pó, purê de batata, purê de hortaliças, carne, peixe, gelatinas e pectinas) e industrializados. São eliminados aqueles



alimentos que possam ser transformados em líquidos no momento da ingestão (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta líquida pastosa

Caracteriza-se pela utilização de preparações líquidas (liquidificadas), de fácil mastigação, deglutição e digestão. A quantidade de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) está alterada e pode ocorrer deficiência de nutrientes, quando em uso prolongado (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta líquida completa

São utilizadas preparações liquidificadas e coadas e alimentos líquidos que produzem menor teor de resíduo, de fácil digestão ou que possam ser transformados em líquidos no momento da ingestão. A quantidade de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) está alterada e pode ocorrer deficiência de nutrientes, quando em uso prolongado. A consistência é menor que a da dieta líquido-pastosa (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

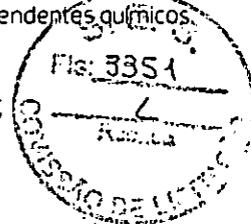
Dieta líquida restrita

Esta dieta é qualitativa e quantitativamente inadequada para cobrir as necessidades nutricionais, com quantidade mínima de resíduo, composta principalmente de água e carboidrato. É quase destituída de vitaminas, minerais, fibras e lipídio. Contém pequena quantidade de sódio e potássio. Isenta de lactose, sacarose, alimentos picantes e irritantes da mucosa gástrica (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Descrição das dietas orais modificadas em energia e nutrientes

Dietas com baixo resíduo

Nesta dieta são excluídos os alimentos com teor moderado e alto de fibras e resíduos, como algumas frutas, vegetais crus, leite e derivados e carnes com tecido conjuntivo. Essa dieta é nutricionalmente inadequada e deve ser usada



apenas por curto período de tempo (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hiperproteica

A dieta hiperproteica é baseada na dieta livre com aumento no porcionamento dos alimentos ricos em proteína (carnes, leites e derivados) (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipercalórica

É uma dieta baseada na dieta livre. Há aumento no porcionamento do arroz, acréscimo de óleo vegetal, uso de doces como sobremesas nas grandes refeições (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipercalórica hiperproteica

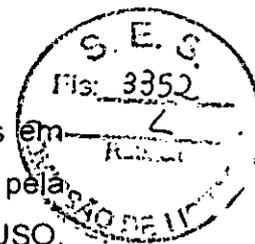
Baseia-se na dieta normal, porém oferecendo maior quantidade de alimentos ricos em proteína (carnes, leites e derivados), carboidratos e lipídios. Há aumento no porcionamento do arroz e carne no almoço e jantar, acréscimo de óleo vegetal nas grandes refeições (almoço e jantar) e doce como sobremesa, além do aumento da frequência de leite de duas para três vezes ao dia (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipoproteica

Nesta dieta utiliza-se quantidade reduzida de alimentos ricos em proteína (carnes, ovos, leite e derivados). O leite é ofertado apenas uma vez ao dia e a porção da carne reduzida à metade nas grandes refeições (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipocalêmica

Caracteriza-se por uma dieta pobre em potássio, em que há uso restrito de frutas, hortaliças e leguminosas com elevado teor de potássio. Utiliza técnica de cozimento e desprezo da água de cocção, que reduz em até 60% o potássio de alguns alimentos (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003; CUPPARI; AMÂNCIO; NÓBREGA, 2004).

**Dieta laxativa**

Dieta com consistência normal com maior quantidade de alimentos ricos em fibras (feijão, salada crua e frutas). Resulta em aumento do volume fecal pela maior retenção de água e regulação do tempo de trânsito intestinal (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta obstipante

Dieta isenta de açúcar, alimentos ricos em fibra (salada crua e frutas fibrosas e /ou laxativas), com redução da lactose e lipídeos. Há aumento no porcionamento de arroz e redução no porcionamento do feijão, ofertado na forma de caldo sem os grãos. (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta para diabetes

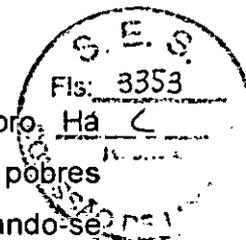
Dieta isenta de sacarose (açúcar) e de alimentos que o contém. Apresenta redução da quantidade de alguns alimentos ricos em carboidratos (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipossódica

As refeições são preparadas com temperos naturais (alho, cebola) sendo adicionado o sal em menor quantidade (3g/dia) no preparo da carne, feijão e guarnição do almoço e jantar. Não há uso de alimentos industrializados no preparo destas refeições. O pão de sal pode ser ofertado 1x ao dia (conforme o cálculo total de sódio da dieta) (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta hipolipídica

Esta dieta apresenta redução na quantidade de gordura para o preparo dos alimentos. Contém aproximadamente 20% ou menos do valor calórico total em lipídeos. A restrição de lipídios implica tanto na limitação de gorduras visíveis como de gordura incorporada ao alimento. Não há uso de margarina, utiliza carne magra e a quantidade de óleo vegetal no preparo dos alimentos é reduzida (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

**Dieta para insuficiência renal aguda ou crônica (conservador)**

Dieta hipercalórica com redução de sódio, proteína, potássio e fósforo, redução na oferta de carne, feijão, leite e se utiliza frutas e hortaliças pobres em potássio. Os vegetais oferecidos são cozidos duas vezes, desprezando-se a água de cocção (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). É uma dieta hipercalórica, hipossódica, hipoproteica, hipocalêmica e hipofosfatêmica.

Dieta para insuficiência renal aguda ou crônica (diálise)

Dieta hipercalórica com redução na quantidade de sódio e potássio (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Contrariamente à dieta para insuficiência renal tratamento conservador, não há redução da oferta proteica (normo a hiperproteica). Os vegetais oferecidos são cozidos duas vezes, desprezando-se a água de cocção. Utiliza-se frutas e hortaliças pobres em potássio. É uma dieta hipercalórica, hipossódica, normoproteica e hipocalêmica.

Dieta para hepatopata

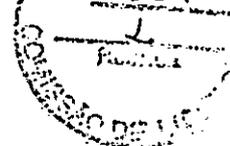
Caracteriza-se por seu teor reduzido de sódio e lipídeos.

Dieta sem irritantes gástricos

Nesta dieta os alimentos são abrandados por cocção ou ação mecânica, proporcionando uma consistência mais macia do que a dieta livre, facilitando a digestão. Evitam-se condimentos fortes, alimentos picantes, irritantes, ácidos, fermentativos e fibrosos. Os alimentos são preparados com pouca gordura. Dieta isenta de alimentos que estimulam a secreção ácida gástrica e de irritantes da mucosa. (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003). Segue o padrão da dieta branda sem a oferta de frutas e sucos ácidos, café e chá preto.

Dieta pobre em ácido úrico

Dieta com redução de alimentos que favorecem o aumento do ácido úrico no sangue. Evitam-se alimentos ricos em purinas e ácido oxálico e faz-se o uso



moderado daqueles alimentos com médio teor de purinas (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

Dieta sem glúten

Esta dieta é restrita em alimentos que contenham com trigo, aveia, centeio, cevada e malte (CARUSO, SIMONY, SILVA, 2005; MARTINS et al., 2003).

NUTRIÇÃO VIA ENTERAL

Definição

Segundo a Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, nutrição enteral (NE) define-se como: "alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para o uso por sonda ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou completar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme as necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas".

Vias de acesso

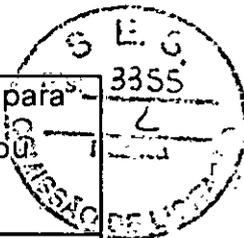
A escolha da via de acesso depende de vários fatores (WAITZBERG, 2009):

- ✓ Duração prevista da administração;
- ✓ Grau do risco de aspiração ou deslocamento da sonda;
- ✓ Presença ou ausência de digestão e absorção normais;
- ✓ Viscosidade e volume da fórmula.



Tipos de sondas e vias de acesso

Local	Nasal ou oral (Uso indicado por curtos períodos – 3 a 4 semanas)	Ostomia (indicada para uso prolongado ou definitivo)
Estômago	Nasogástrica ou orogástrica	Gastrostomia
Duodeno	Nasoduodenal	Duodenostomia
Jejuno	Nasojejunal	Jejunostomia



Método e técnica de administração

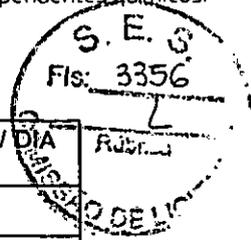
- Contínua: bomba de infusão (B.I)
- Intermitente: bomba de infusão (B.I), gotejamento gravitacional ou em bolus

Gotejamento padrão

Padrão de gotejamento gravitacional para adultos em enfermarias

GOTEJAMENTO	VOLUME POR HORÁRIO (ML)	VOLUME TOTAL / DIA
22 gts/min (1h e 30min)	100	500 ml
34 gts/min (1h e 30min)	150	750 ml
44 gts/min (1h e 30min)	200	1000 ml
42 gts/min (2h)	250	1250 ml
50 gts/min (2h)	300	1500 ml
47 gts/min (2h e 30min)	350	1750 ml
54 gts/min (2h e 30min)	400	2000 ml
50 gts/min (3h)	450	2250 ml
56 gts/min (3h)	500	2500 ml

Handwritten signature or initials.


Gotejamento padrão por sondas com B.I para adultos em UTI

GOTEJAMENTO	VOLUME POR HORÁRIO (ML)	VOLUME TOTAL / DIA (ML)
30 ml/h	100	500
45 ml/h	150	750
60 ml/h	200	1000
75 ml/h	250	1250
85 ml/h	300	1500
100 ml/h	350	1750
115 ml/h	400	2000
130 ml/h	450	2250

O gotejamento em bomba de infusão para adultos nas enfermarias deverá ser calculado individualmente.

Padrão de gotejamento gravitacional para crianças até 10 anos

GOTEJAMENTO	VOLUME POR HORÁRIO (ML)	VOLUME TOTAL / DIA (ML)
17 gts/min (1h)	50	400
23 gts/min (1h e 30 min)	100	800
34 gts/min (1h e 30 min)	150	1200
34 gts/min (2h)	200	1600
42 gts/min (2h)	250	2000

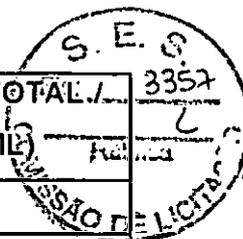
Padrão de gotejamento gravitacional para crianças maiores de 10 anos

GOTEJAMENTO	VOLUME POR HORÁRIO (ML)	VOLUME TOTAL / DIA (ML)
23 gts/min (1h e 30 min)	100	500
34 gts/min (1h e 30 min)	150	750
34 gts/min (2h)	200	1000
42 gts/min (2h)	250	1250
40 gts/min (2h e 30 min)	300	1500
47 gts/min (2h e 30 min)	350	1750



Gotejamento padrão por sondas com B.I. em pediatria

GOTEJAMENTO	VOLUME POR HORÁRIO (ML)	VOLUME TOTAL / DIA (ML)
50 ml/h	50	400
50 ml/h	100	800
75 ml/h	150	1200
100 ml/h	200	1600
125 ml/h	250	2000
150 ml/h	300	2400



Classificação das fórmulas enterais

As dietas enterais industrializadas classificam-se quanto à natureza da fórmula, composição nutricional, complexidade dos nutrientes, osmolalidade e densidade calórica.

Natureza da fórmula

• **Não industrializada:** nutrição enteral de composição estimada, formulada e manipulada a partir de alimentos in natura ou misturas de produtos naturais com industrializados (módulos, suplementos em pó, outros), liquidificados e preparados artesanalmente em cozinha. Este tipo de dieta não é o mais recomendado devido ao risco de contaminação e à dificuldade em atingir as necessidades nutricionais (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

• **Industrializada:** nutrição enteral na forma em pó ou líquida, com prazo de validade determinado pelo fabricante. É preferencialmente utilizada devido à maior segurança microbiológica e nutricional que a mesma proporciona. Apresentam-se sob 3 formas, conforme exposto no quadro 28 (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).



Apresentação das dietas enterais industrializadas

EM PÓ	LÍQUIDA PRONTA PARA USO EM SISTEMA ABERTO	LÍQUIDA PRONTA PARA USO SISTEMA FECHADO
<p>Acondicionada em embalagens hermeticamente fechadas. Precisam ser reconstituídas em água ou em outro líquido.</p> <p>Vantagens: permite que ajustes como diluição ou concentração da fórmula.</p> <p>Desvantagem: maior manipulação.</p>	<p>Dietas prontas, porém necessitam de envase (frascos ou bolsas para encaixe no equipo).</p> <p>Vantagens: menor risco de contaminação que as deitas em pó e artesanais.</p> <p>Desvantagem: são menos individualizadas.</p>	<p>Já se apresentam envasadas, acondicionadas em frascos ou bolsas próprias de 500 ou 1000 ml, diretamente acopladas no equipo.</p> <p>Vantagens: não há manipulação, permite melhor controle microbiológico.</p> <p>Desvantagem: maior custo; menos individualizada.</p>

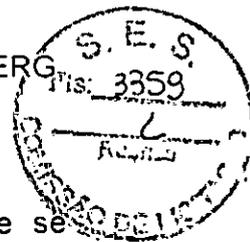
Composição nutricional

- Fórmulas nutricionalmente completas:** fornecem quantidades definidas e adequadas de nutrientes e calorias, em função das necessidade nutricionais diárias dos indivíduos, visando fornecer todos os nutrientes necessários para o crescimento, desenvolvimento, recuperação e manutenção da saúde (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).
- Módulos de nutrientes:** produtos constituídos somente por um dos principais grupos de nutrientes: glicídios, lipídios, proteínas ou fibras alimentares, podendo conter veículos (excipientes, diluente ou solvente). Ex: módulo de carboidrato (maltodextrina), lipídio (TCM), proteína (caseinato de cálcio, proteína soro do leite), aminoácido isolado (glutamina), fibra solúvel (frutooligossacarídeo, inulina, goma guar), fibra mista (solúvel + insolúvel) e de

[Handwritten signature]



espressantes (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).



- **Suplementos nutricionais ou dietéticos:** são produtos que se destinam a complementar com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, quando a ingestão for insuficiente ou quando a dieta necessitar de suplementação. Não podem substituir completamente os alimentos, nem serem utilizados como alimentação exclusiva (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

Complexidade dos nutrientes

- **Poliméricas:** são constituídas de proteína intacta, possuem teores variados de fibra, com ou sem lactose, podem ser isotônicas a hipertônicas dependendo da densidade calórica, geralmente possuem menor osmolalidade e custo (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

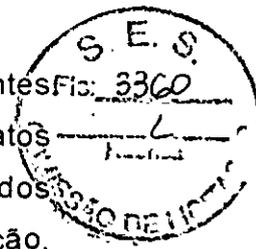
- **Oligoméricas:** são constituídas de proteínas hidrolizadas, em sua maioria isenta de fibra, possuem maior osmolalidade que as poliméricas e maior custo (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

- **Elementares:** são constituídas de aminoácidos livres, isentas de fibras e com percentual reduzido de gordura. Apresentam maior osmolalidade e custo elevado (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

Osmolalidade

A **osmolalidade** indica a quantidade de partículas em 1kg de água. É expressa em miliosmoles por quilograma de água (mOsm/kg). A **osmolaridade** refere-se ao número de miliosmoles por litro de solução (mOsm/L), ou seja, reflete a quantidade de partículas em 1 litro de solução.

Há uma tendência de se padronizar que os valores sejam expressos segundo a osmolalidade das fórmulas, esses valores são relacionados com a tolerância digestiva. Em posicionamento gástrico, espera-se melhor tolerância de dietas



hiperosmolares do que em posicionamentos pós-pilórico. Dentre os nutrientes que mais aumentam a osmolalidade de uma solução, encontra-se: carboidratos simples (mono e dissacarídeos); proteínas hidrolisadas e aminoácidos cristalinos; TCM; minerais e eletrólitos, pela propriedade de dissociação. Quanto mais componentes hidrolisados contiver a formulação, maior será a osmolalidade (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009).

Classificação das fórmulas segundo a osmolalidade

CLASSIFICAÇÃO	OSMOLALIDADE (mOsm/kg)
Hipotônica	280-300
Isotônica	300-350
Levemente hipertônica	350- 550

Densidade calórica

É a expressão da quantidade de calorias fornecidas por mililitro de dieta pronta (Resolução MS nº 449 de 9 de setembro de 1999; WAITZBERG, 2009). Dessa forma, as dietas podem ser categorizadas conforme mostrado no quadro 29.

Classificação das fórmulas segundo a densidade calórica

CLASSIFICAÇÃO	DENSIDADE CALÓRICA (kcal/ ml)
Acentuadamente hipocalórica	< 0,6
Hipocalórica	0,6 - 0,8
Normocalórica	0,9 – 1,2
Hiperocalórica	1,3 – 1,5
Acentuadamente hiperocalórica	>1,5

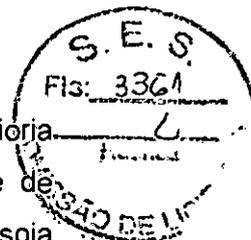
Escolha da fórmula dietética

A escolha da fórmula depende da patologia, do estado nutricional, idade, tempo de jejum, função do trato gastrointestinal, das necessidades proteica, calórica ou de nutrientes específicos, levando em consideração as condições clínicas e metabólicas do paciente para aquele momento (BAXTER, et al., 2000).

J

l

W

**Fórmula enteral padrão**

Fórmula cuja densidade energética varia de 1.0 a 1.5 kcal/ml, em sua maioria isenta de sacarose, utilizando prioritariamente maltodextrina como fonte de carboidratos, o caseinato de cálcio/sódio/potássio e a proteína isolada de soja como fonte de proteína (15 a 20%), lipídio (30 a 40%) compostos principalmente por triglicerídeos de cadeia média, óleo de canola, girassol, milho e soja. Podem conter ou não fibras (BAXTER, et al., 2000).

Fórmulas especializadas e/ou modificadas

São fórmulas que atendem a patologias ou necessidades específicas do paciente. Ex: fórmula para diabéticos, insuficiência renal, encefalopatia hepática, imunomoduladoras, síndromes de má-absorção, entre outras (BAXTER, et al., 2000).

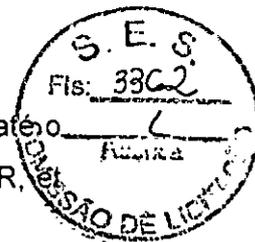
FÓRMULAS INFANTIS**FÓRMULAS INFANTIS INDUSTRIALIZADAS****Definição**

São fórmulas lácteas com composição modificada para se assemelhar a composição do leite materno. Devem atender aos padrões do Codex Alimentarius FAO/OMS (enriquecidas com vitaminas, minerais e oligoelementos), ser nutricionalmente adequadas para o lactente, aceitáveis em paladar/cheiro. São destinadas a alimentação de lactentes (0 a 12 meses incompletos), sob prescrição, em substituição total ou parcial do leite humano, para satisfação das necessidades nutricionais deste grupo etário (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Forma de apresentação e reconstituição

- Apresentação: pó
- As indústrias padronizaram a diluição das fórmulas infantis em uma colher-medida rasa de pó da lata para cada 30 mL de água morna, previamente fervida. O peso de cada colher-medida é indicado no rótulo da fórmula. Prescrições dietéticas especiais podem ser elaboradas pelos nutricionistas (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Classificação das fórmulas infantis



Fórmula de Partida

Fórmula infantil polimérica, a base de proteína do leite de vaca, indicada até o 6º mês de vida, em substituição total ou parcial do leite materno (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Fórmula de Seguimento ou Sequência

Fórmula infantil polimérica, a base de proteína do leite de vaca, utilizada como complemento ou substituto do leite materno a partir do 6º mês, quando indicado, e para crianças na primeira infância (12 meses a 3 anos) (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

FÓRMULAS INFANTIS ESPECIALIZADAS

Definição

São aquelas cuja composição foi alterada com o objetivo de atender as necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas temporárias ou permanentes, que não estejam amparadas pelo regulamento técnico específico de fórmulas infantis (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Forma de apresentação e reconstituição

- Apresentação: pó
- Diluição segue a mesma padronização para as fórmulas infantis, sendo uma colher-medida rasa de pó da lata para cada 30 mL de água morna, previamente fervida. O peso de cada colher-medida é indicado no rótulo da fórmula. Prescrições dietéticas especiais podem ser elaboradas pelos nutricionistas

Classificação das fórmulas infantis especializadas

Fórmula infantil hipoalergênica

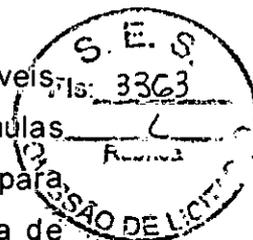
Fórmula infantil semi-elementar, caracterizada pela hidrólise parcial das proteínas do soro de leite por ação da tripsina. Possui ingredientes que proporcionam redução do risco de manifestações alérgicas associadas à ingestão do leite de vaca. É indicada para prevenção da alergia alimentar no 1º ano de vida, quando for necessário recorrer à alimentação com mamadeira (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Fórmula infantil isenta de lactose

Fórmula infantil polimérica isenta de lactose, com maltodextrina ou polímero de glicose de sólidos do xarope de milho (carboidratos de alta digestibilidade e



baixa osmolaridade), com proteínas à base de leite de vaca (proteínas solúveis caseína). Basicamente, apresentam a mesma composição das fórmulas modificadas à base de leite de vaca, porém isentas de lactose. É indicada para pacientes que estão com má digestão da lactose (transitória), deficiência de lactase congênita, galactosemia, doença celíaca, ressecção intestinal, desnutrição, diarreia, cólica e flatulência intensa e recorrente (secundárias), atrofia das vilosidades intestinais (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).



Fórmula à base de soja

Fórmula infantil polimérica a base de proteína isolada de soja, isenta de lactose e sacarose e enriquecida com L-metionina, L-carnitina, cálcio, ferro e outros oligoelementos. É indicada para pacientes com alergia a proteína do leite de vaca IgE mediada, associada ou não a intolerância a lactose (deficiência transitória de lactase ou galactosemia) e/ou sacarose (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Fórmula anti-regurgitação

Fórmula infantil eficaz na redução dos episódios de regurgitação e/ou refluxo gastroesofágico. Contém maltodextrina, lactose e agente espessante amido de arroz ou milho pré-gelatinizado (espessa em contato com a secreção gástrica). É indicada para pacientes que apresentam Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

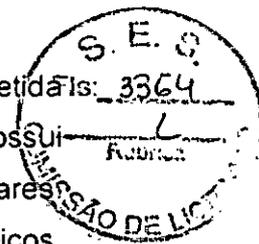
Fórmula semi-elementar

Fórmula à base de hidrolisado proteico, no qual a proteína é submetida a um processo de hidrólise, que resulta em oligopeptídeos (incapazes de desencadear resposta imunológica). Contém apenas peptídeos e aminoácidos obtidos por meio de hidrólise enzimática. É indicada em casos de alergia ao leite de vaca e soja, condições de má absorção (doença gastrointestinal, hepatobiliar, fibrose cística, síndrome do intestino curto, colestase) (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

Fórmula elementar



Fórmula à base de hidrolisado proteico, no qual toda a proteína foi submetida ao processo de hidrólise, que resulta em 100% de aminoácidos livres. Possui alta osmolaridade em comparação às demais fórmulas por serem elementares. É indicada na síndrome do intestino curto, intolerância a hidrolisados proteicos, fístula entérica, colestase, doença de Crohn e transição de NPT para enteral. Quanto mais extensa a hidrólise, menor a antigenicidade (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).



Fórmulas para situações metabólicas especiais

Fórmulas modificadas a fim de atender as necessidades específicas para os diversos erros inatos do metabolismo (BAXTER, et al., 2000; WAITZBERG, 2009).

COMISSÕES HOSPITALARES

Segue abaixo a lista das Comissões Hospitalares do HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2) em que o Serviço de Nutrição e Dietética atuará como membro:

- Comissão de Ética Multidisciplinar
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos
- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

ACREDITAÇÕES E CERTIFICAÇÕES

As creditações e certificações que o Serviço de Nutrição e Dietética juntamente com o HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2) desejam obter estão descritas no quadro a seguir.



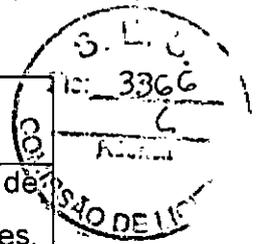
Relação de certificações almejadas no HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2)

ACREDITAÇÃO/ CERTIFICAÇÃO	DISPOSIÇÕES
ISO 9001:2000	Estabelece diretrizes sobre o modelo de Gestão da Qualidade
ISO 14001:2004	Estabelece diretrizes sobre a área de Gestão Ambiental
ISO 22000	Estabelece normas para os Sistemas de Gestão de Segurança de Alimentos garantindo que o alimento esteja seguro no momento do consumo

REFERÊNCIAS NORMATIVAS LEGAIS

As referências normativas legais que norteiam o Serviço de Nutrição e Dietética do HOSPITAL ESTADUAL ERNESTINA LOPES JAIME (HUGO 2) seguem descritas no quadro abaixo.

NORMATIVA	ÓRGÃO	DISPOSIÇÕES
Resolução RDC nº 275/2002	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Dispõe sobre o regulamento técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/ industrializadores de alimentos e a lista de verificação das Boas Práticas de Fabricação em estabelecimentos produtores/ industrializadores de alimentos
Resolução RDC nº 216/2004	Agência Nacional de Vigilância	Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação



	Sanitária	
Resolução CFN nº 380/2005	Conselho Federal de Nutricionistas	Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências
Resolução CFN nº 304/2003	Conselho Federal de Nutricionistas	Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e dá outras providências
Resolução RDC nº 63/2000	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral
Resolução nº 449/ 1999	Ministério da Saúde	Regulamento técnico para fixação de identidade e qualidade para alimentos para nutrição enteral
Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32)	Ministério do Trabalho	Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral

PROCOLOS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

PROCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA ADULTOS E IDOSOS EM ENFERMARIA E UTI

ATENDIMENTO NUTRICIONAL

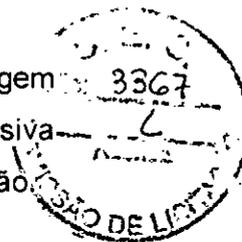
A triagem nutricional tem o objetivo de reconhecer o risco nutricional (SBNPE; ABN, 2011), determinado pela avaliação do estado nutricional atual e a gravidade da doença, para que sejam instituídas medidas de intervenção nutricional precocemente. Será realizada com base na *Nutritional Risk*

3/

l



Screening – NRS, 2002 (KONDRUP et al., 2003), mostrada abaixo. A triagem nutricional não será aplicada em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), visto que todos estão em Risco Nutricional ou em Risco de Desnutrição.



NUTRITIONAL RISK SCREENING			
Parte 1: Triagem Inicial		SIM	NÃO
1. IMC < 20,5kg/m ² ?			
2. O paciente apresentou perda de peso não intencional nos últimos 3 meses?			
3. Houve redução da ingestão alimentar na última semana?			
4. O paciente está gravemente doente, em mau estado geral ou em UTI?			
SIM: se a resposta é "sim" para qualquer questão, realizar Parte 2: Triagem final.			
NÃO: se a resposta é "não" para todas as questões, o paciente é novamente investigado semanalmente. Se o paciente está agendado para grande cirurgia, um plano de cuidado nutricional é considerado para evitar estado de risco associado.			
Parte 2: Triagem Final			
Estado Nutricional Prejudicado		Estresse Metabólico da Doença (aumento nas necessidades)	
Ausente: Pontuação 0	Estado Nutricional normal	Ausente: Pontuação 0	Necessidades Nutricionais normais
Leve: Pontuação 1	PP > 5% em 3 meses OU ingestão alimentar < 50 - 75% da necessidade normal na última semana.	Leve: Pontuação 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes, câncer.
Moderado: Pontuação 2	PP > 5% em 2 meses OU IMC 18,5 - 20,5 + condição geral comprometida OU ingestão alimentar 25-60% da necessidade normal na última semana.	Moderado: Pontuação 2	Cirurgia abdominal de grande porte, infarto, fraturas, pneumonia grave, leucemias e linfomas.
Grave: Pontuação 3	PP > 5% em 1 mês	Grave: Pontuação 3	Trauma craniano,

[Handwritten signature]

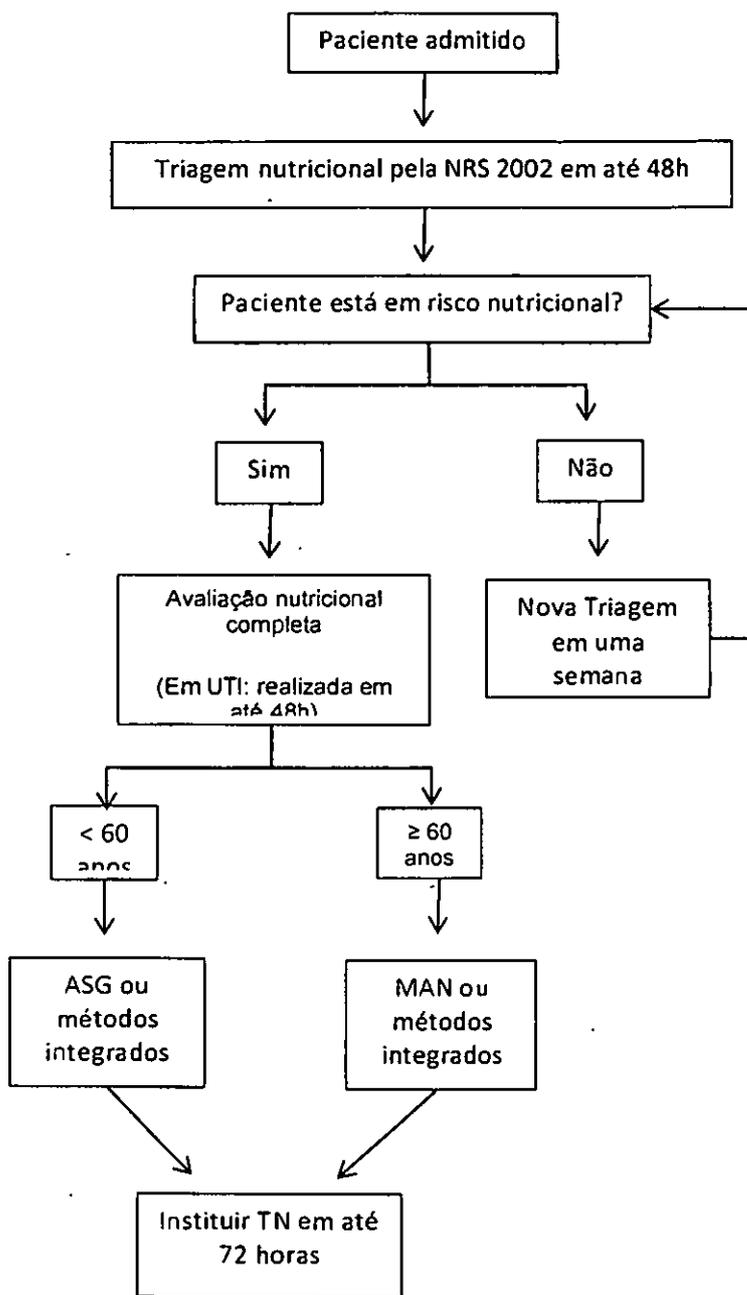


	(> 15% em 3 meses) OU IMC 18,5 + condição geral comprometida OU ingestão alimentar 0 - 25% da necessidade normal na última semana.		transplante medula óssea, E. S. pacientes cuidados intensivos (APACHE > 10). <div style="text-align: right;"> Fls. em 3368 Rúbrica 310 </div>
<p>PONTUAÇÃO TOTAL: _____</p> <p>Se ≥ 70 anos: adicionar 1 ponto no total acima.</p>			
<p><i>Se pontuação ≥ 3: paciente está em risco nutricional e um plano nutricional é iniciado.</i></p> <p><i>Se pontuação < 3: reavaliar paciente semanalmente.</i></p> <p><i>Se paciente realizará grande cirurgia, um plano de cuidado nutricional é considerado para evitar estado de risco associado.</i></p>			
<p>Classificação por gravidade da doença</p> <p>Pontuação = 1: a necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.</p> <p>Pontuação=2: a necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais.</p> <p>Pontuação = 3: a necessidade protéica esta substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/dieta enteral (KRONDRUP, 2003).</p>			

Após admissão, o paciente será avaliado pelo Nutricionista conforme descrito na Figura 1. A avaliação nutricional completa envolve elementos da investigação dietética, da antropometria, da avaliação física e bioquímica. Em seguida o cálculo das necessidades nutricionais e por último o plano de cuidado nutricional e monitorização clínica.



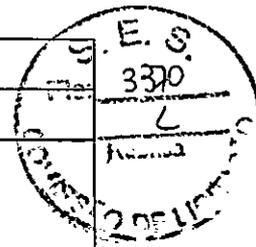
Identificação do paciente a ser avaliado após admissão em hospital



A Avaliação Subjetiva Global (DETSKY ET AL., 1987) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) (GUIGOZ; VELLAS; GARRY, 1994), conforme exibidas a seguir, serão aplicadas por Nutricionista ao próprio paciente ou acompanhante.



AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL	
A- HISTÓRIA	
1. Peso	
<ul style="list-style-type: none"> • Peso Habitual: Kg • Perdeu peso nos últimos 6 meses: () Sim () Não • Quantidade perdida: Kg • % de perda de peso em relação ao peso habitual: % • Alteração nas últimas suas semanas: () aumento () sem alteração () diminuição 	
2. Ingestão alimentar em relação ao habitual	
<ul style="list-style-type: none"> • () sem alterações () com alterações Se houve alterações, há quanto tempo: dias Se houve, para que tipo de dieta: <ul style="list-style-type: none"> () sólida subótima () líquida completa () líquidos hipercalóricos () inanição 	
3. Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias	
I. () Nenhum () Náuseas () Vômitos () Diarreia () Anorexia	
4. Capacidade funcional	
<ul style="list-style-type: none"> • () sem disfunção (capacidade completa) • () disfunção Se disfunção, há quanto tempo: dias Que tipo: () trabalho subótimo () em tratamento ambulatorial () acamado 	
5. Doença principal e sua correlação com necessidades nutricionais	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico primário: • Demanda metabólica (estresse): () baixo () moderado () elevado 	
B- EXAME FÍSICO	
(para cada item dê um valor: 0=normal, 1=perda leve, 2=perda moderada, 3=perda importante)	
() perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)	
() perda muscular (quadríceps e deltoides)	
() edema de tornozelo	
() edema sacral	
() ascite	
C- AVALIAÇÃO SUBJETIVA:	
() Nutrido	
() Moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição	
() Gravemente desnutrido	



MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)	
A. A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou	J. Quantas refeições completas o paciente faz diariamente?

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

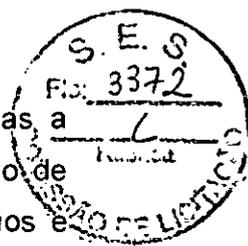


<p>deglutição?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = redução severa na ingestão de alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = redução moderada na ingestão de alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = não houve redução na ingestão de alimentos</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 = 1 refeição</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = 2 refeições</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = 3 refeições</p>
<p>B. Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = perda de peso superior a 3 kg</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = não sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = perda de peso entre 1 e 3 kg</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = nenhuma perda de peso</p>	<p>K. Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas</p> <p>Pelo menos uma porção de produtos lácteos por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Duas ou mais porções de ovos por semana?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Carne, peixe ou frango todo dia?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p><input type="checkbox"/> 0.0 = se 0 ou 1 uma resposta sim</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5 = se 2 respostas sim</p> <p><input type="checkbox"/> 1.0 = se 3 respostas sim</p>
<p>C. Mobilidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = preso à cama ou à cadeira</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = sai</p>	<p>L. Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = sim</p>
<p>D. Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = sim</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = não</p>	<p>M. Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.0 = menos de 3 xícaras</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5 = 3 a 5 xícaras</p> <p><input type="checkbox"/> 1.0 = mais de 5 xícaras</p>
<p>E. Problemas neuropsicológicos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = demência severa ou depressão</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = demência leve</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = sem problemas psicológicos</p>	<p>N. Modo de alimentação?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = não consegue se alimentar sem ajuda *</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = alimenta-se sozinho com alguma dificuldade **</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = alimenta-se sozinho sem problemas</p>
<p>F. Índice de Massa Corporal (IMC)?(peso em kg / altura em m²)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = IMC menor do que 19</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = IMC 19 até menos do que 21</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = IMC 21 até menos do que 23</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = IMC 23 ou maior</p>	<p>O. Ponto de vista pessoal da condição nutricional</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = vê-se desnutrido</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = não tem certeza de sua condição nutricional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = vê-se sem problemas nutricionais</p>
<p>G. Vive independentemente (não em uma casa de repouso)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = sim</p>	<p>P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.0 = não tão boa</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5 = não sabe</p> <p><input type="checkbox"/> 1.0 = tão boa quanto</p> <p><input type="checkbox"/> 2.0 = melhor</p>
<p>H. Toma mais de 3 medicamentos prescritos por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = sim</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = não</p>	<p>Q. Circunferência braquial (CB) em cm</p> <p><input type="checkbox"/> 0.0 = CB menor do que 21</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5 = CB 21 a 22</p> <p><input type="checkbox"/> 1.0 = CB 22 ou maior</p>
<p>I. Escaras ou úlceras cutâneas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = sim</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = não</p>	<p>R. Circunferência da Panturrilha (CP) em cm</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = CP menor do que 31</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = CP 31 ou maior</p>
<p>Escore final: () > 23,5 – Bem nutrido; () 17 a 23,5 – Risco de desnutrição; () < 17 - Desnutrição</p>	



J

Q



INVESTIGAÇÃO DIETÉTICA

Os inquéritos dietéticos fornecem informações qualitativas e quantitativas a respeito da ingestão alimentar. Estas informações são úteis na avaliação de aspectos socioculturais e valores nutricionais da alimentação de indivíduos e populações em um determinado período de tempo (SBNPE; ABN, 2011).

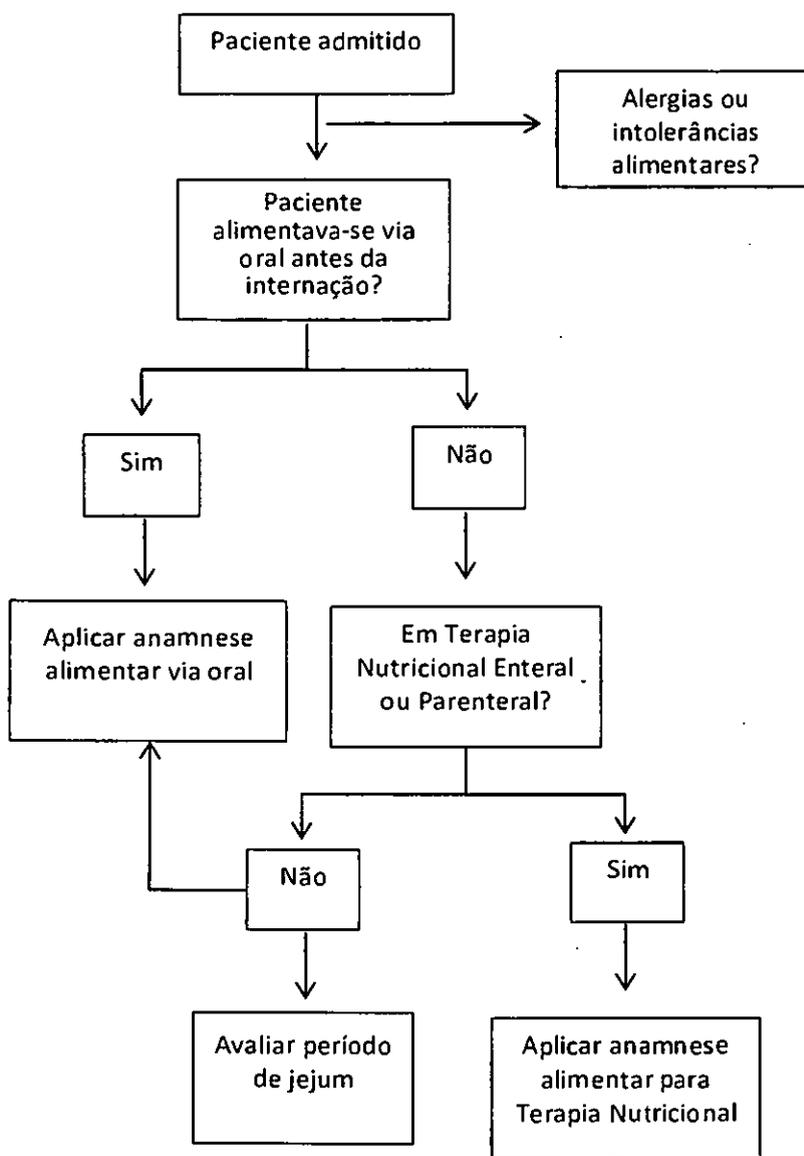


Figura 2. Avaliação qualitativa e quantitativa da ingestão alimentar

Handwritten marks: a checkmark and a signature.

**Anamnese alimentar para pacientes com alimentação via oral:**

1. Alergias ou aversões alimentares:
2. Preferências alimentares:
3. Apetite anterior à internação:
4. Apetite na internação / aceitação e tolerância a dieta hospitalar:
5. Ingestão habitual
 - 5.1. Número de refeições:
 - 5.2. Consumo de frutas/verduras:
 - 5.3. Consumo de alimentos proteicos (carne, ovos, leite e derivados):
 - 5.4. Consumo de alimentos gordurosos ou frituras:
 - 5.5. Consumo de alimentos ricos em sódio:
 - 5.6. Outros:
6. Alteração de quantidade, consistência ou composição da dieta nos últimos 2 meses:
7. Jejum total ou parcial / período:
8. Ingestão hídrica:

Registro alimentar para pacientes sob Terapia Nutricional (TN):

- Tipo/Via de TN:
- Tempo de TN:
- Prescrição dietoterápica na admissão:
- Características da fórmula:
- Módulos adicionados:
- Volume/fracionamento:
- Velocidade/tempo de infusão:
- Valor nutricional:

_____ Kcal/dia; _____ CHO/dia; _____ PTN/dia; _____ LIP/dia

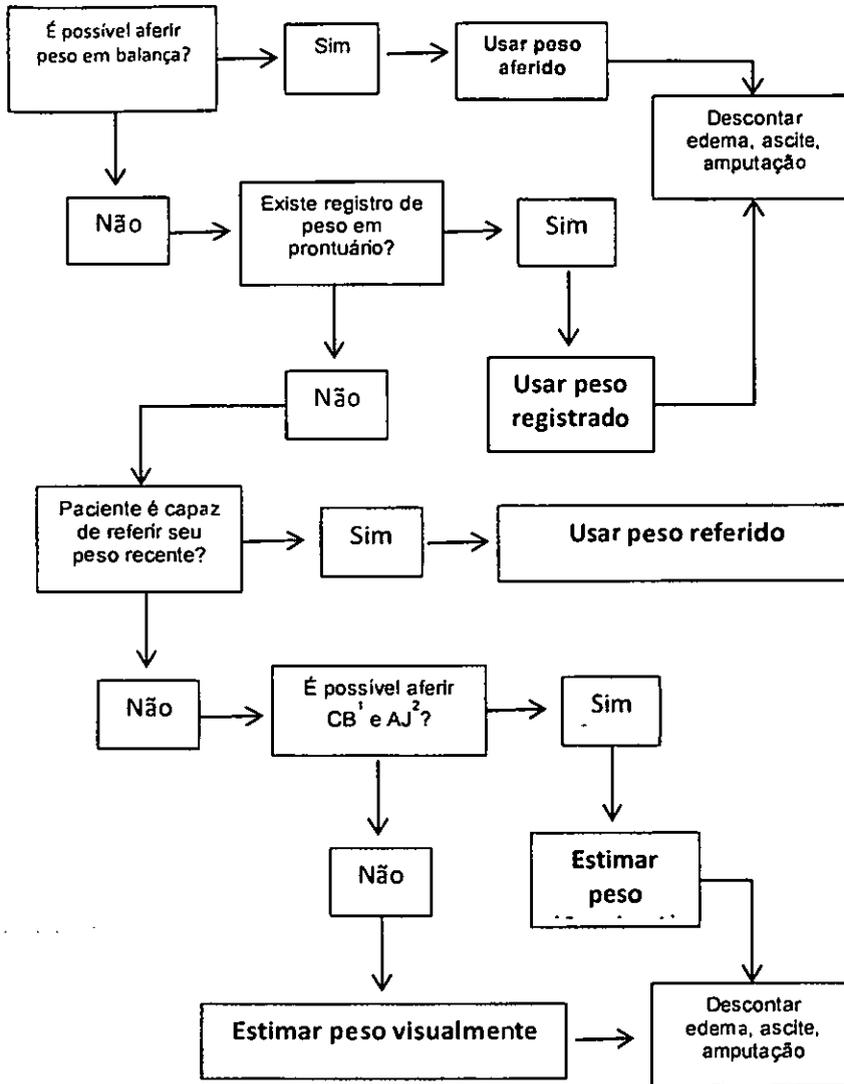
Outros: _____



ANTROPOMETRIA

As medidas antropométricas quantificam tamanhos e proporções corporais e podem ser indicadoras sensíveis de saúde, de condição física, de desenvolvimento e de crescimento.

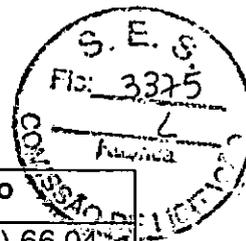
PESO



1-Circunferência do braço; 2- Altura do Joelho

Figura 3. Algoritmo de decisão para a escolha do peso

J
b



Estimativa do peso corporal

Quadro 1. Equações para estimativa de peso corporal

Raça	Idade	Sexo masculino	Sexo feminino
Branca	19 – 59	$(AJ \times 1,19) + (CB \times 3,21) - 86,82$	$(AJ \times 1,01) + (CB \times 2,81) - 66,04$
	60 – 80	$(AJ \times 1,10) + (CB \times 3,07) - 75,81$	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$
Negra	19 – 59	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 3,14) - 83,72$	$(AJ \times 1,24) + (CB \times 2,97) - 82,48$
	60 – 80	$(AJ \times 0,44) + (CB \times 2,86) - 39,21$	$(AJ \times 1,50) + (CB \times 2,58) - 84,22$

Fonte: Chumlea, 1988

Altura do joelho (AJ) e circunferência do braço (CB) em "cm".

- **Peso Usual:** Referido pelo paciente como sendo o seu peso "normal". Deve ser utilizado quando não houver, por parte do paciente, relato de perda de peso.
- **Peso ideal (peso teórico):** Paciente restrito ao leito, sem informação de peso usual. Obtida a partir da compleição óssea e sexo do paciente, em tabela de peso ideal do Metropolitan Life Insurance (1983).

$$\text{Compleição} = \text{altura (cm)} / \text{punho (cm)}$$

Quadro 2. Classificação da compleição óssea por sexo

Compleição	Pequena	Média	Grande
Homens	> 10,4	9,6 – 10,4	< 9,6
Mulheres	> 10,9	9,4 – 10,9	< 9,4

Fonte: Metropolitan Life Insurance, 1983.

Handwritten initials or signature in the bottom right corner.



Quadro 3. Estimativa de peso ideal conforme compleição óssea

Altura (cm)	HOMENS			MULHERES		
	Estatura Pequena	Estatura Média	Estatura Grande	Estatura Pequena	Estatura Média	Estatura Grande
142				41,8	46,0	49,5
143				42,3	54,3	49,8
144				42,8	45,6	50,1
145				43,2	45,9	50,2
146				43,7	46,6	51,2
147				44,1	47,3	51,8
148				44,6	47,7	51,8
149				45,1	48,1	51,8
150				45,5	48,6	53,2
151				46,2	49,3	54,0
152				46,8	50,0	54,5
153				47,3	50,5	55,0
154				47,8	51,0	55,5
155	50,0	53,6	58,2	48,2	51,4	55,9
156	50,7	54,3	58,8	48,9	52,3	56,8
157	51,4	55,0	59,5	49,5	53,2	57,7
158	51,5	55,5	60,0	50,0	53,6	58,3
159	52,2	56,5	60,5	50,5	54,0	58,9
160	52,7	56,4	60,9	50,9	54,5	59,5
161	53,2	56,2	61,5	51,5	55,3	60,1
162	53,7	56,8	62,1	52,1	56,1	60,7
163	54,4	57,7	62,7	52,7	56,8	61,4
164	55,0	58,5	63,4	53,6	57,7	62,3
165	55,9	59,5	64,1	54,5	58,6	63,2
166	56,3	60,1	64,8	55,1	59,2	63,8
167	57,1	60,7	65,6	55,7	59,8	64,4
168	57,7	61,4	66,4	56,4	60,5	65,0
169	58,6	62,3	67,5	57,3	61,4	65,9
170	59,5	63,2	68,6	58,2	62,2	66,8
171	60,1	63,8	69,2	58,8	62,8	67,4
172	60,7	64,4	69,8	59,4	63,4	68,0
173	61,4	65,0	70,5	60,0	64,4	68,6
174	62,3	65,9	71,4	60,9	65,0	69,3
175	63,2	66,8	72,3	61,8	65,9	70,9
176	63,8	67,5	72,9	62,4	66,5	71,7
177	64,4	68,2	73,5	63,0	67,1	72,5
178	65,0	69,0	74,4	63,6	67,7	73,2
179	65,9	69,9	75,3	64,5	68,6	74,1
180	66,8	70,9	76,4	65,5	69,5	75,0
181	67,4	71,7	77,1	66,1	70,1	75,6
182	68,0	72,5	77,8	66,7	70,7	76,2
183	68,6	73,2	78,6	67,3	71,4	76,8
184	69,6	74,4	79,8			
185	70,9	75,0	80,9			
186	71,5	75,8	81,7			
187	72,1	76,6	82,5			
188	72,7	77,3	83,2			
189	73,3	78,0	83,8			
190	73,9	78,7	84,4			
191	74,5	79,5	85,0			



Peso de pacientes amputados

$$P \text{ pós-amputação corrigido} = P \text{ antes da amp.} / (100\% - \% \text{ amp.}) \times 100$$


Quadro 4. Percentuais de peso das partes do corpo para cálculos pós amputação

Membro amputado	Proporção de peso (%)
Tronco sem membros	50,0
Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro	5,0
Pé	1,5
Perna abaixo do joelho com pé	5,9
Perna abaixo do joelho sem pé	4,4
Coxa	10,1
Perna inteira	16,0

Fonte: Osterkamp, 1995.

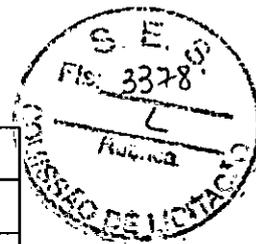
- **Peso sem edema**

Quadro 5. Estimativa de peso sem edema em pacientes edemaciados

Edema	Localização	Excesso de peso hídrico (kg)
+	Tornozelo	1
++	Joelho	3 – 4
+++	Base da coxa	5 – 6
++++	Anasarca	10 – 12

Fonte: Martins, 2001.



**Quadro 6.** Estimativa de peso de acordo com intensidade da ascite

Edema	Peso da ascite (kg)	Edema periférico (kg)
Leve	2,2	1,0
Moderado	6,0	5,0
Grave	14,0	10,0

Fonte: James, 1989.

- **Perda Ponderal (%) = (PU-PA)x100/PU**

Quadro 7. Classificação da taxa de perda ponderal recente

Tempo	Perda significativa (%)	Perda severa (%)
1 semana	1 – 2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10.

Fonte: Blackburn et al., 1977.



ALTURA

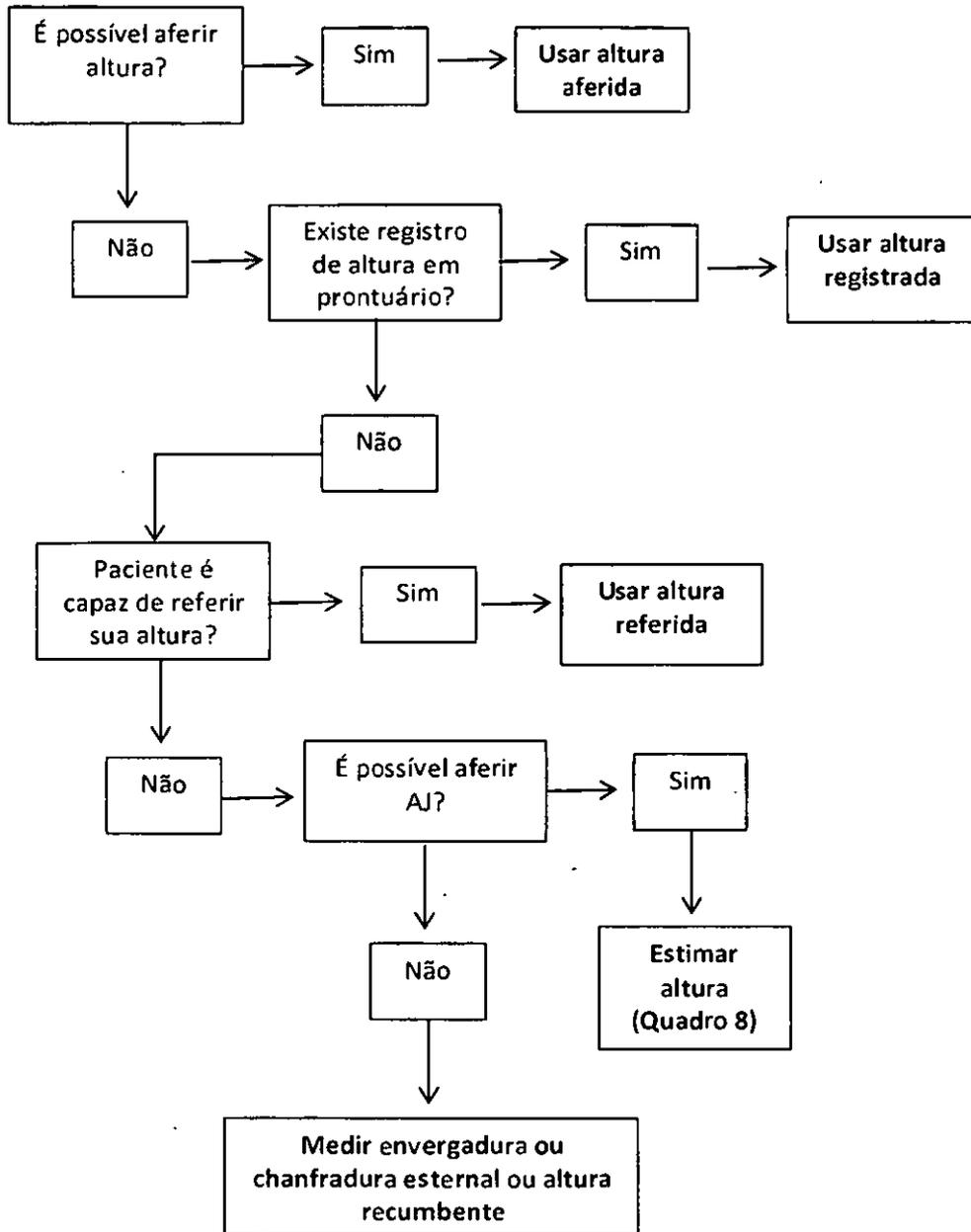


Figura 4. Algoritmo de decisão para altura



Estimativa da altura

Quadro 8. Equações para estimativa da altura

População	Masculino	Feminino
Branco (18 a 60 anos)	$71,85 + (1,88 \times AJ)$	$70,25 + (1,87 \times AJ) - (0,06 \times \text{idd})$
Negro (18 a 60 anos)	$73,42 + (1,79 \times AJ)$	$68,10 + (1,86 \times AJ) - (0,06 \times \text{idd})$
Idosos	$64,19 - (0,04 \times \text{idd}) + (2,04 \times AJ)$	$84,88 - (0,24 \times \text{idd}) + (1,83 \times AJ)$

Fonte: Chumlea et al., 1985

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

- **IMC:** $\text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$

Quadro 9. Classificação de índice de massa corporal para adultos

Estado Nutricional	IMC
Obesidade grau III	≥ 40
Obesidade grau II	35,00 a 39,99
Obesidade grau I	30,0 a 34,99
Sobrepeso	25,00 a 29,99
Eutrófico (normal)	18,50 a 24,99
Magreza grau I	17,00 a 18,49
Magreza grau II	16,00 a 16,99
Magreza grau III	$< 16,00$

Fonte: WHO, 1995.



Quadro 10. Classificação de índice de massa corporal para idosos

Estado Nutricional	IMC
Baixo peso	< 22
Eutrófico	22 a 27
Sobrepeso	> 27

**CIRCUNFERÊNCIA
BRAÇO (CB)**

Fonte: Lipschitz, 1994.

Quadro 11. Classificação da Circunferência Braquial por

percentis por idade de indivíduos do sexo **masculino**

Idade	5	10	25	50	75	90	95
18-18,9	245	260	273	297	321	321	379
19-24,9	262	272	288	308	331	331	372
25-34,9	271	282	300	319	342	342	375
35-44,9	278	287	305	326	345	345	374
45-54,9	267	281	301	322	342	342	376
55-64,9	258	273	296	317	336	336	369
65-74,9	248	263	285	307	325	325	355

Fonte: Frisancho, 1981.

Quadro 12. Classificação da Circunferência Braquial por percentis por idade de indivíduos do sexo **feminino**

Idade	5	10	25	50	75	90	95
18-18,9	222	227	251	268	281	312	325
19-24,9	221	230	247	265	290	319	345
25-34,9	233	240	256	277	304	348	368
35-44,9	241	251	267	291	317	356	378
45-54,9	242	256	274	299	328	362	384
55-64,9	243	257	288	303	335	367	385
65-74,9	240	252	274	299	326	356	373

Fonte: Frisancho, 1981.

[Handwritten signatures]


ADEQUAÇÃO DA CB

- Cálculo da Adequação: $[CB \text{ obtida (cm)} \times 100] / CB \text{ percentil } 50$


Quadro 13. Classificação da adequação da CB

Classificação		Adequação da CB (%)
Desnutrição Energético Proteica	Grave	<70
	Moderada	70 – 80
	Leve	80 – 90
Eutrófico		90 – 110
Sobrepeso		110 – 120
Obesidade		> 120

Fonte: Blackburn, 1979.

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA (CP)

A CP constitui a medida mais sensível de massa muscular em indivíduos idosos, superior à circunferência do braço. Indica modificações da massa magra que ocorrem com o envelhecimento e a diminuição da atividade (WHO, 1995). O ponto de corte a seguir é determinado na MAN. Uma CP inferior ao ponto de corte indica perda de massa magra, possivelmente associada à sarcopenia.

- Ponto de corte: 31 cm (Guigoz et al., 1999)

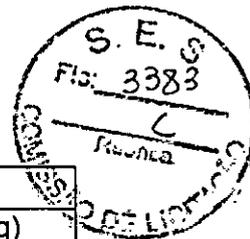
ASPECTOS CLÍNICOS



AVALIAÇÃO GERAL

Quadro 14. Parâmetros clínicos para avaliação de pacientes adultos

Parâmetros hemodinâmicos	Estável	
	Instável	Alta dose de droga vasoativa (> 2 µg/kg)
		Moderada dose de droga vasoativa (0,5 – 2 µg/kg)
		Baixa dose de droga vasoativa (< 0,5 µg/kg)
Nível de consciência	Consciente	
	Rebaixado	
	Coma	Responde aos estímulos Não responde aos estímulos
Sedação	Sim ou Não	
Tipo de ventilação	Espontânea	Ar ambiente, cateter nasal, máscara O ₂ , ou tubo T
	Mecânica	Modo PCV (Ventilação Controlada a Pressão)
		Modo PSV (Ventilação com Pressão Suportiva) / VNI (Ventilação Não Invasiva)



SINAIS VITAIS

Quadro 15. Valores de referência para avaliação dos sinais vitais

Sinais vitais	Valores de referência
Temperatura (°C) ¹	36,0 – 37,5
Frequência cardíaca (bpm) ¹	60 – 100
Frequência respiratória (ipm) ¹	12 – 20
Pressão arterial sistólica (mmHg) ¹	100 – 120
Pressão arterial diastólica (mmHg)	60 – 85
Pressão arterial média (mmHg)	82 – 102

¹ Duarte, 2007.

EXAME FÍSICO

O exame físico, combinado com outros componentes da avaliação nutricional, pode fornecer evidências de deficiências nutricionais ou piora funcional. A semiologia nutricional é realizada de forma sistêmica e progressiva, da cabeça

J
R

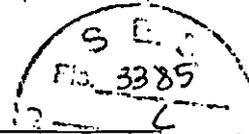


aos pés, com o objetivo de determinar as condições nutricionais do paciente (SBNPE; ABN, 2011).

O exame físico deve contemplar:

- **Aspectos gerais:** hidratação, coloração da pele, astenia
- **Presença de edema**
- **Avaliação do abdome:** escavado, globoso, ascítico, timpânico,
- **Avaliação gastrintestinal:** cavidade oral; mastigação; deglutição; anorexia/hiporexia; náuseas e vômitos; dor abdominal; diarreia; constipação; duração, intensidade e frequência dos sintomas.
- **Sinais de perda ponderal e desnutrição:** perda da bola gordurosa de Bichart, atrofia temporal bilateral e sinal de asa quebrada, fúrcula esternal, retração intercostal, atrofia muscular paravertebral, atrofia da musculatura interóssea das mãos e adutor do polegar, atrofia de bíceps, tríceps, quadríceps e gastrocnêmio, protusão de joelho e outras proeminências ósseas.





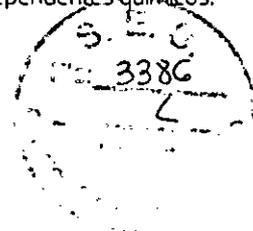
Quadro 16. Alterações físicas associadas a deficiências de micronutrientes

Local	Manifestações clínicas	Deficiências
Cabelo	Perda do brilho, seco, quebradiço, despigmentação, fácil de arrancar	Proteína e zinco
Face	Seborréia nasolabial, edema de face	B2, Fe e Proteína
Olhos	Palidez conjuntival, xerose, blefarite angular	Fe, vit. A, B2 e B6
Lábios	Estomatite angular, queilite	B2
Língua	Glossite, língua magenta, atrofia e hipertrofia das papilas	B2, B3, B9, B12
Gengivas	Esponjosas, sangramento	Vitamina C
Pele	Xerose, hiperqueratose folicular, petéquias, equimoses excessivas	Vitaminas A, C e K
Unhas	Coiloníquia, quebradiças	Ferro
Tecido subcutâneo	Edema, pouca gordura	Proteína e calorias
Sistema músculo-esquelético	Atrofia muscular, alargamento epifisário, perna em "x", flacidez das panturrilhas, fraturas	Vitamina D, B1 e Cálcio
Sistema cardiovascular	Cardiomegalia	B1
Sistema nervoso	Alterações psicomotoras e sensitivas, depressão, fraqueza motora, formigamento (mãos/pés)	B1, B6 e B12

Fonte: Duarte, 2007.

AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

A avaliação dos exames bioquímicos auxilia a detecção de alterações metabólicas, falências orgânicas e carências nutricionais (SBNPE; ABN, 2011). A avaliação bioquímica deve ser feita a luz da história clínica do paciente e associada aos demais parâmetros de avaliação nutricional para determinação do diagnóstico nutricional.

**Proteinograma****Quadro 17. Valores de referência para avaliação do proteinograma**

Proteína	Meia vida	Referência	Depleção Leve	Depleção Moderada	Depleção Grave
Proteínas totais (g/dL)	-	6,0-8,0	-	-	-
Albumina (g/dL)	14-20 dias	3,5-5,5	3,0 – 3,5	2,5 – 2,9	< 2,4
Globulina (g/dL)	-	1,4-3,2	-	-	-

Fonte: Calixto-Lima; Nelzir, 2012.

Glicemia

- Glicemia de Jejum em adultos e idosos: 70-100 mg/dL (CALIXTO-LIMA; NELZIR, 2012)
- Recomendação para controle glicêmico no paciente grave: 100 – 150 mg/dl (AMIB; SBI; ILAS, 2011)

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

As recomendações nutricionais irão variar de acordo com a patologia de base, estado nutricional e quadro clínico do paciente.

INDICAÇÕES PARA TERAPIA NUTRICIONAL

Dados coletados na avaliação nutricional guiam a conduta dietoterápica e auxiliam a determinação da rota de alimentação apropriada, identificação do momento oportuno para início da terapia nutricional, estabelecimento de necessidades nutricionais, potenciais complicações e necessidade de uso de fórmulas especiais.

As indicações para terapia nutricional e escolha da via são abordadas a seguir.

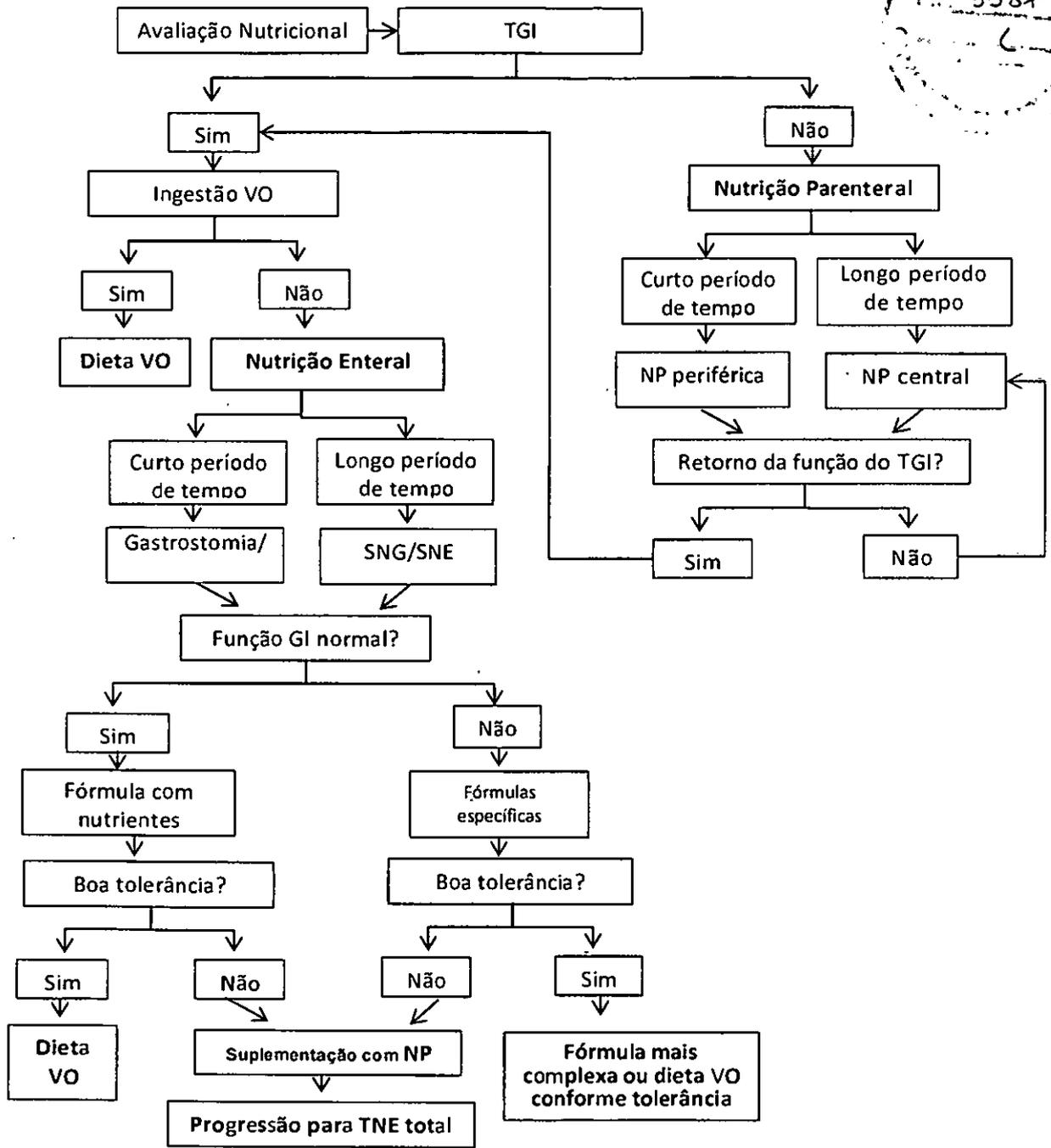
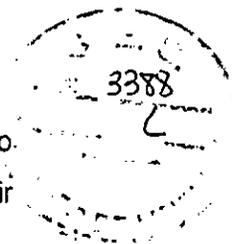


Figura 5. Rotas para via de alimentação (ASPEN, 2010)



PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

A prescrição dietética é ato privativo do nutricionista. Sua elaboração tem como base as diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, formulado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos (CFN, 2003).

O registro da prescrição dietética (conduta) deve conter data, Valor Energético Total (VET), consistência, macro e micronutrientes importantes para o caso clínico, fracionamento, assinatura, carimbo, número e região da inscrição no Conselho Regional de Nutricionista do profissional responsável pela prescrição (CFN, 2003).

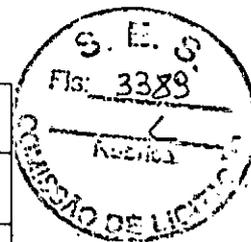
MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

Verificação do resíduo gástrico

Será realizada a verificação do volume residual gástrico (VRG) a cada 4 horas, antes da administração de cada etapa, do primeiro ao quinto Dia de Terapia Nutricional (DTN), e a cada 12h a partir do sexto DTN. Esta verificação será feita por meio da aspiração da sonda/gastrostomia/jejunostomia com seringa de 20mL ou mais.

Caso seja identificada presença de resíduo na seringa, manter a sonda aberta por 30 minutos em recipiente posicionado abaixo do nível do estômago do paciente e avaliar aspecto e volume do resíduo drenado.

Será considerado VRG baixo o volume ocasional de 50 a 100mL, VRG moderado de 50 a 100mL em toda as verificações ou um volume ocasional de 200 a 400mL, e VRG alto acima de 500 mL, independente da frequência (KESEK; AKERLIND; KARLSSON, 2002).



Quadro 18. Protocolo de resíduo gástrico

Volume gástrico	residual	Conduta
< 200 mL		Reinfundir volume e prosseguir com a TN
>200 mL		Reinfundir volume, suspender temporariamente a dieta e reavaliar VRG. Considerar uso de drogas procinéticas e redução do volume da dieta quando VRG >200mL em duas verificações consecutivas
> 400 mL		Suspensão da TN para reavaliação (TGI, controle glicêmico, desmame de sonda, uso de pró-cinéticos, posicionamento após ângulo de Treitz, ângulo de elevação da cabeceira)

Adaptado de ASPEN, 2010; MCCLAVE; SNIDER, 2002; MORI et al., 2003.

Um episódio isolado de resíduo gástrico ou vômito não é indicação de suspensão da NE, mas de cuidados redobrados na sua administração e monitorização.

Monitorização da dieta ingerida/infundida

Para pacientes com **dieta via oral** a aplicação e cálculo do recordatório de 24 horas fornecerá dados sobre volume, consistência, aspecto e valor nutricional da ingestão do paciente.

Pacientes em **terapia nutricional enteral** por sonda, gastrostomia ou jejunostomia internados em UTIs terão a dieta monitorizada por meio de acompanhamento diário em sistemática de enfermagem. Toda a dieta recebida pelo paciente é registrada na sistemática, que fornecerá o volume recebido durante 24 horas para o cálculo da oferta nutricional. Nas enfermarias, o acompanhamento será realizado pelos registros em prontuário e relatos dos pacientes e/ou acompanhantes.

Pacientes em **terapia nutricional parenteral** recebem dieta em infusão contínua (24h). Verificar a velocidade de infusão das últimas 24 horas para o cálculo do volume infundido e valor nutricional do mesmo. Será considerado satisfatório que o paciente receba **90% ou mais** da oferta nutricional prescrita (oral, enteral ou parenteral).

Reavaliação das necessidades nutricionais

A avaliação das necessidades nutricionais será feita nas primeiras 48 horas de admissão, baseada nas recomendações nutricionais para o quadro clínico em

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

que o paciente se encontra, no diagnóstico nutricional e na antropometria obtida. Deste modo, as necessidades nutricionais deverão ser reavaliadas sempre que houver alteração de quaisquer destes parâmetros (piora ou melhora clínica significativa, alteração do estado nutricional, alteração tratamento clínico, etc).



Antropometria

A aferição de parâmetros antropométricos deverá ser feita no primeiro dia de acompanhamento nutricional e a cada 7 a 10 dias, podendo ser realizada em intervalo menor em caso de mudanças relevantes da composição corporal ou longo período de jejum (3 a 5 dias).

O acompanhamento da antropometria será realizado pela aferição da CB em todos os pacientes, CP apenas nos indivíduos idosos, além de novas estimativas de peso e cálculo de IMC.

Aspectos físicos

O exame físico deve ser realizado diariamente. As avaliações do abdome e do trato gastrointestinal devem ser relatadas em evolução devido sua importância para a condução da dietoterapia.

Distensão abdominal, náuseas, refluxo esofágico regurgitação e vômitos não deve ser motivo de suspensão da dieta a menos que haja evidência de obstrução intestinal ou íleo adinâmico. Indicado utilizar fórmulas isotônicas, sem lactose e normolipídicas; checar temperatura da dieta no momento da administração; reduzir a velocidade de infusão da dieta; posicionar sonda após ângulo de Treitz; elevar cabeceira a um ângulo de 45° e investigar constipação. Diarréia consiste na ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas ou amolecidas diárias e não deve ser motivo de suspensão da dieta. Investigar primeiramente o contexto clínico e possíveis causas infecciosas ou inflamatórias, bem como medicamentos em uso. Medidas dietéticas a serem seguidas são: investigação de contaminação de dietas em sistema aberto, adequação de fibras à dieta, redução do volume da dieta e prescrição de fórmulas com baixa concentração (osmolalidade e densidade calórica). Obstipação é o acúmulo de resíduos no cólon ou ceco e pode levar a distensão abdominal e hipertimpanismo. Investigar desidratação e ingestão/administração



enteral diária de água pela sonda, além de adequar o conteúdo de fibras da dieta e propor tratamento dietético empírico. Caso não haja resolução do quadro, investigar causas orgânicas e existência de fecaloma com a equipe médica.



Parâmetros metabólicos e bioquímicos

A monitorização de exames bioquímicos é parte da rotina diária da UTI. Entre os exames solicitados estão eletrólitos séricos (Sódio (Na), potássio (K), fósforo (P), magnésio (Mg), Cálcio (Ca)), uréia, creatinina, hemograma, bilirrubinas, transaminases, gasometria arterial e venosa. Tais dados deverão auxiliar na monitorização do paciente em TNE, conforme a necessidade e patologia do paciente. Nas enfermarias, tais parâmetros serão solicitados conforme necessidade.

Quadro 19. Valores de referência para exames bioquímicos

Exames	Valores de referência
Cálcio	8,2 – 10,2 (mg/dL)
Fósforo	2,7 – 4,5 (mg/dL)
Magnésio	1,8 – 2,3 (mg/dL)
Potássio	3,5 – 5,1 (mg/dL)
Sódio	135 – 145 (mg/dL)

Fonte: Wierget; Calixto-Lima; Costa, 2012.

Além dos exames de rotina, semanalmente deve ser solicitado o proteinograma do paciente

NUTRIÇÃO PARENTERAL

Pacientes em NPT precisam ter seus níveis sérios de Na, K, Mg, Cl, Ca, P, Ur e Cr, hemograma completo, CO₂ e glicose monitorados diariamente durante os quatro primeiros dias ou até estabilização (ASPEN, 2009).

Exames de função hepática, tempo de protrombina e proteinograma devem ser solicitados semanalmente (ASPEN, 2009).



Quadro 20. Monitorização da nutrição parenteral por marcadores de função hepática

Marcadores de função hepática	Valores de referência
Aspartato aminotransferase (AST/TGO) ¹	< 35 UI/L
Alanina aminotransferase (ALT/TGP) ¹	<35 UI/L
Relação AST/ALT ¹	0,7 – 1,4
Gama glutamiltransferase (GGT) ¹	Homens: < 50 UI/L Mulheres: < 30 UI/L
Fosfatase alcalina (FA) ¹	Adultos: 40 -130 UI/L Gestantes: 40 – 200 UI/L
Relação GGT/FA ¹	< 2,5
Triglicerídeos ²	< 400 mg/dL

¹ Wierget; Calixto-Lima; Costa, 2012.

² Hart et al., 2009.

REFERÊNCIAS

ASPEN. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. **Enteral Nutrition Book**. Silver Spring: ASPEN, 2010. 370 p.

ASPEN. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutritional Support Therapy in the Adult Critically Ill Patients. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN)**, v. 33, n. 3, p. 277 – 316, 2009.

AMIB. SBI. ILAS. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Sociedade Brasileira de Infectologia. Instituto Latino Americano de Sepse. **Sepse: Controle Glicêmico**. São Paulo: AMB; CNSS, 2011. 10p.

BLACKBURN, G. L.; BISTRAN, B. R.; MAINI, B. S. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN)**, Silver Spring, v.1, n.1, p.11-32, 1977.

CALIXTO-LIMA, L.; NELZIR, T. R. **Interpretação de exames clínicos laboratoriais aplicados a nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 490 p.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 304, de 26 de fevereiro de 2003**. Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e dá outras providências. Brasília-DF: CFN, 2003.

CHUMLEA, W.C.; GUO, S.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 88, n.5, p. 564 – 568, 1988.

S. E. S.
3392

[Handwritten signatures]



CHUMLEA, W.C.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of American Geriatric Society**, v. 33, n. 2, p. 116 – 120, 1985.

DETSKY, A.S.; MCLAUGHLIN, J.R.; BAKER, J.P.; JOHNSTON, N.; WHITTAKER, S.; MENDELSON, R.A.; JEEJEEBHOY, K.N. What is subjective global assessment of nutritional status? **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 11, n. 1, p. 8-13, 1987.

DUARTE, A.C.G. **Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007. 639 p.

FRISANCHO, A.R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.34, n.11, p. 2540-2545, 1981.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading nutritional state of elderly patients. **Facts and Research in Gerontology**, v. 4, n. 2, p. 15-59, 1994.

GUIGOZ Y, VELLAS B, GARRY PJ. **Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the elderly**. Nestle nutrition workshop series. Clinical and programme, v. 1, 1999.

HART, W.H.; JAUCH, K.W.; PARHOFER, K.; RITTLER, P. Complications and Monitoring – Guidelines on Parenteral Nutrition. **German Medical Science**, v. 7, p. 1-12, 2009.

JAMES, R. Nutritional support in alcoholic liver disease: a review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 2, n. 5, p. 315 – 323, 1989.

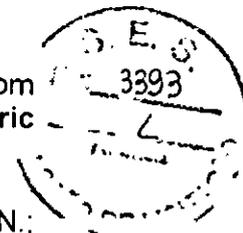
KESEK, D. R.; KERLIND, L.; KARLASSON, T. Early enteral nutrition in the cardiothoracic intensive care unit. **Clinical Nutrition**, v. 4, n. 21, p. 303 – 307, 2002.

KONDRUP, J.; RASMUSSEN, H. H.; HAMBERG, O.; STANGA, Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MARTINS, C. Protocolo de procedimentos nutricionais. In: RIELLA, M. C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 27, p. 416.

MCCLAVE, S. A.; SNIDER, H. L. Clinical use of gastric residual volumes as a monitor for patients on enteral tube feeding. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN)**, v. 26, n.6, p.43 - 50, 2002.



METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY. New weight standards for men and women. **Statistical Bulletin - Metropolitan Life Foundation**, v. 64. n. 1, p. 4, 1983.

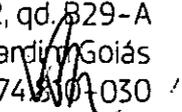
MORI, S.; MATSUBA, C. S. T.; WHITAKER, I. Y. Verificação do volume residual gástrico em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 56, p. 661 -664, 2003.

OSTERKAMP L. K. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 95, n. 2, p. 215 – 218, 1995.

SBPNE; ABN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Projeto Diretrizes: AMB, CFM; 2011. 16 p.

WHO. World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995. (Technical Report Series, 854).

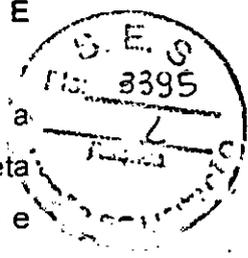
WIERGET, E. V. M.; CALIXTO-LIMA, L.; COSTA, N. M. B. Minerais. In: CALIXTO-LIMA, L.; NELZIR, T. R. **Interpretação de exames clínicos laboratoriais aplicados a nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Rubio, cap. 8, p.134-152, 2012.





PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ENFERMARIA E UTI

Após admissão, o paciente será avaliado pelo Nutricionista que determinará a prioridade conforme condições clínicas. A avaliação nutricional completa envolve elementos da investigação dietética, antropometria, avaliação física e bioquímica. Em seguida é feito o cálculo das necessidades nutricionais e por último o plano de cuidado nutricional e monitorização clínica.



INVESTIGAÇÃO DIETÉTICA

Os inquéritos dietéticos fornecem informações qualitativas e quantitativas a respeito da ingestão alimentar. Estas informações são úteis na avaliação de aspectos socioculturais e valores nutricionais da alimentação de indivíduos e populações em um determinado período de tempo (SBNPE; ABN, 2011).

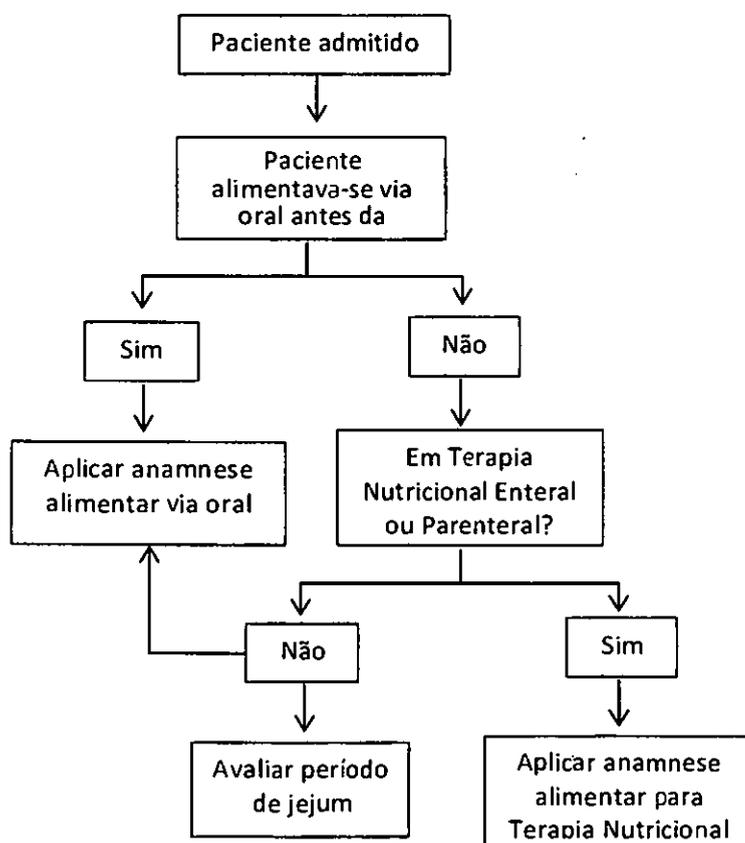


Figura 1. Esquema de escolha da avaliação alimentar

[Handwritten signatures]



As anamneses alimentares para pacientes que se alimentam via oral e para aqueles que se alimentam por via enteral e/ou parenteral são as que se seguem:

Anamnese alimentar para pacientes de pediatria com alimentação via oral:

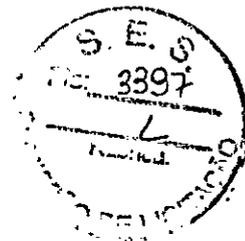


Data:	Clinica:	Leito:	Nº Prontuário:
Identificação:		Nome da mãe:	
Nome:		Sexo:	
Data Nasc.:	P.Nasc.:	E. Nasc.:	Cor:
Nome do responsável:			
Telefone:		Procedência:	Naturalidade:
História Clínica:			
Antecedentes familiares:			
HPP:			
HDA:			
Diagnóstico:			
Exame Físico:			
Exames Laboratoriais:			
Hábitos de vida:			
Antecedentes alimentares:			
Recordatório Alimentar:			
Desjejum			
Colação			
Almoço			
Lanche			
Jantar			
Ceia			
Preferências, intolerâncias e/ou alergias alimentares: _____			
Antropometria:			
Peso:	P/I:	P/E:	
Altura:	E/I:	IMC/I:	
IMC:			
Diagnóstico Nutricional: _____			
Conduta Nutricional: _____			
_____ Assinatura e carimbo do nutricionista			

J/
Q



Anamnese alimentar para pacientes sob Terapia Nutricional (TN):



- Tipo/Via de TN:
- Tempo de TN:
- Prescrição dietoterápica na admissão:
- Características da fórmula:
- Módulos adicionados:
- Volume/fracionamento:
- Velocidade/tempo de infusão:
- Valor nutricional:

_____ Kcal/dia; _____ CHO/dia; _____ PTN/dia; _____ LIP/dia

Outros: _____

ANTROPOMETRIA

As medidas antropométricas quantificam tamanhos e proporções corporais e podem ser indicadores sensíveis de saúde, de condição física, de desenvolvimento e de crescimento de crianças e adolescentes.

PESO

- **Ganho ponderal**

- 1º ano de vida

Durante os primeiros meses de vida, o peso e comprimento de aumentam progressivamente; ao final do primeiro ano de vida, a criança apresenta seu peso triplicado e aumento de 1,5 no seu comprimento (ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2009).

Quadro 1. Ganho ponderal médio de crianças no primeiro ano de vida

Idade (meses)	Ganho de peso (g)	
	Diário Mensal	
0 a 3	23 a 38	700 a 1000
3 a 6	14 a 21	400 a 600
6 a 9	10 a 16	300 a 500
9 a 12	8 a 14	200 a 400

- 2º ano de vida



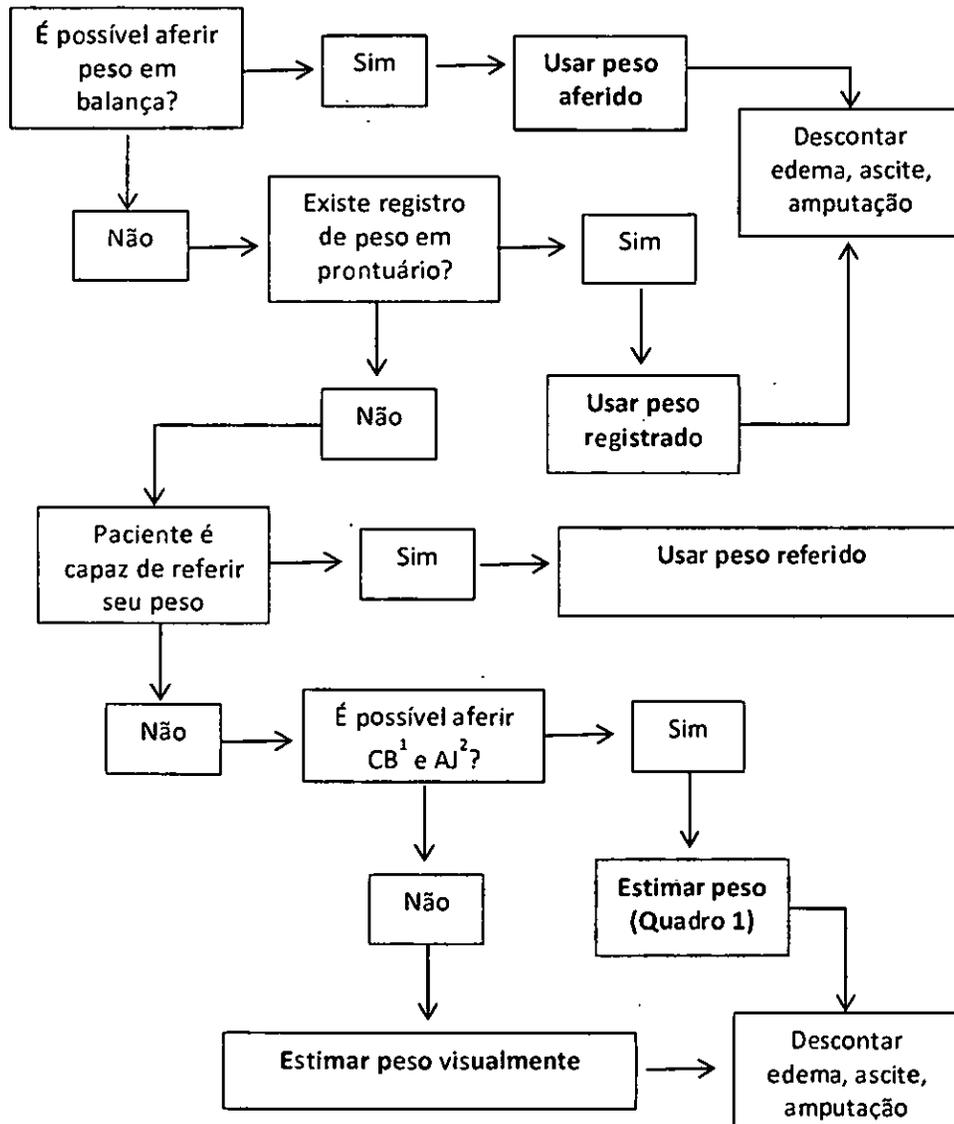
1º semestre: 200g/mês

2º semestre: 180g/mês

- Maiores de 2 anos até 8 anos: peso = (2 x idd) + 9

(idd = idade em anos)

- Avaliação do peso possível de ser utilizado



1-Circunferência do braço; 2- Altura do Joelho

Figura 3. Algoritmo para a escolha do peso



- **Peso Usual:** Referido pelo paciente como sendo o seu peso "normal". Deve ser utilizado quando não houver, por parte do paciente, relato de perda de peso.
- **Estimativa do peso corporal**

Quadro 2. Equações para estimativa de peso corporal

6 a 18 anos	Masculino	Feminino
Branco	$(AJ \times 0,68) + (CB \times 2,64) - 50,08$	$(AJ \times 0,77) + (CB \times 2,47) - 50,16$
Negro	$(AJ \times 0,59) + (CB \times 2,73) - 48,32$	$(AJ \times 0,71) + (CB \times 2,59) - 50,43$

Fonte: Chumlea, 1988

Altura do Joelho (AJ) e circunferência do braço (CB) em "cm".

- **Peso de pacientes amputados**

$$P \text{ pós-amputação corrigido} = P \text{ antes da amp.} / (100\% - \% \text{ amp.}) \times 100$$

Quadro 3. Percentuais de peso das partes do corpo para cálculos pós amputação

Membro amputado	Proporção de peso (%)
Tronco sem membros	50,0
Mão	0,7
Antebraço com mão	2,3
Antebraço sem mão	1,6
Parte superior do braço	2,7
Braço inteiro	5,0
Pé	1,5
Perna abaixo do joelho com pé	5,9
Perna abaixo do joelho sem pé	4,4
Coxa	10,1
Perna inteira	16,0

Fonte: Osterkamp, 1995.

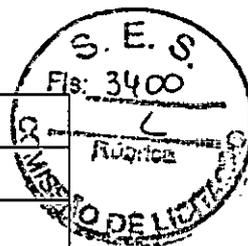
- **Peso com edema e ascite**

J
Q

**Quadro 4.** Estimativa de peso sem edema em pacientes edemaciados

Edema	Localização	Excesso de peso hídrico (kg)
+	Tornozelo	1
++	Joelho	3 – 4
+++	Base da coxa	5 – 6
++++	Anasarca	10 – 12

Fonte: Martins, 2001.

**Quadro 5.** Estimativa de peso de acordo com intensidade da ascite

Edema	Peso da ascite (kg)	Edema periférico (kg)
Leve	2,2	1,0
Moderado	6,0	5,0
Grave	14,0	10,0

Fonte: James, 1989.

ALTURA• **Ganho estatural**- **1º ano de vida:**

1º trimestre: 9cm

2º trimestre: 7cm

3º trimestre: 5cm

4º trimestre: 3cm

- **2º ano de vida:** 10cm- **3º ano de vida:** 10cm- **Maiores de 3 anos:** Estatura = (idd - 3) x 6 + 95 (idade em anos)

(ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2009).



- Avaliação da altura possível de ser utilizada

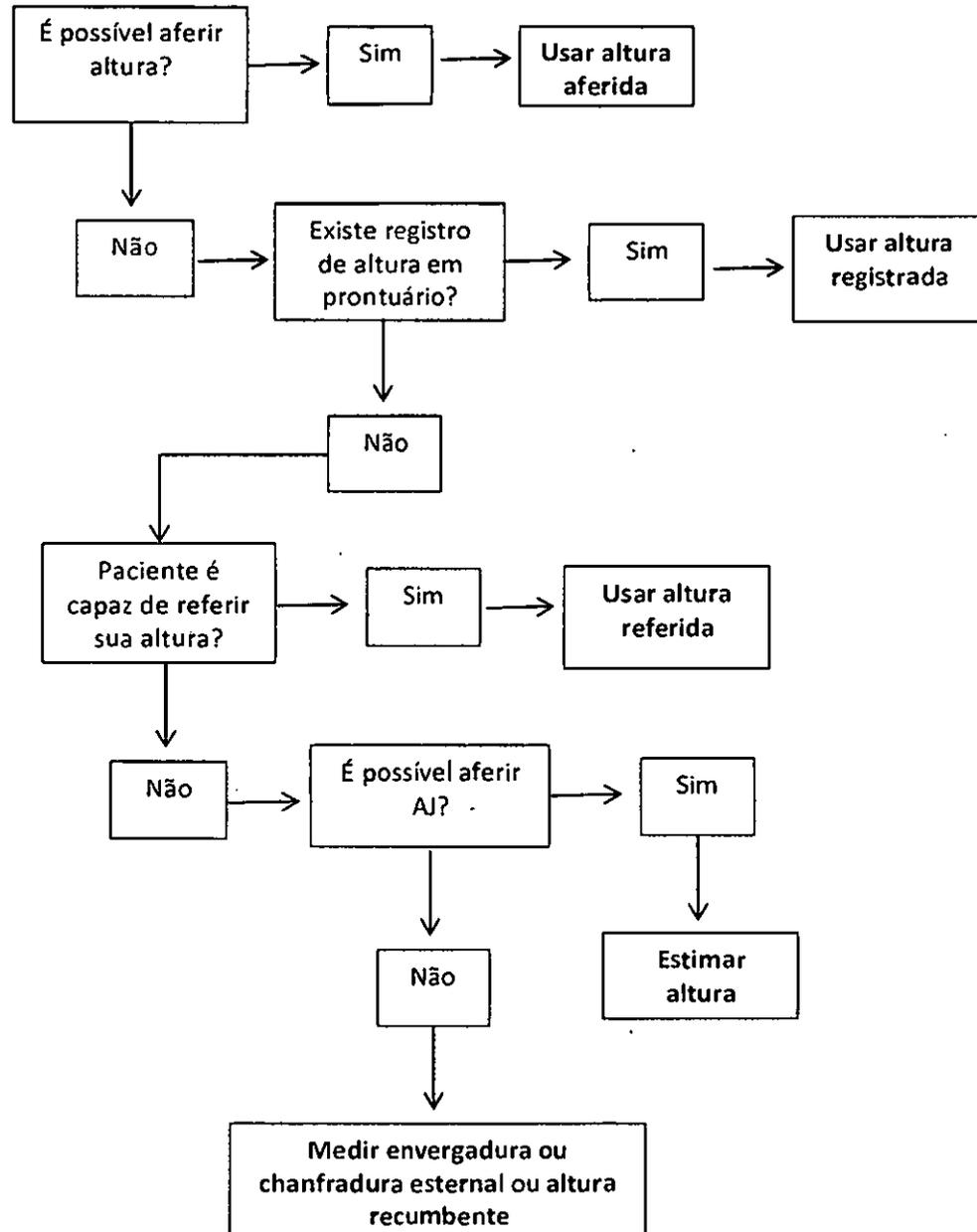


Figura 4. Algoritmo para escolha da altura



- Estimativa da altura

Quadro 6. Equações para estimativa da altura

6 a 18 anos	Masculino	Feminino
Branco	$40,54 + 2,22 \times AJ$	$43,21 + 2,15 \times AJ$
Negro	$30,60 + 2,18 \times AJ$	$46,59 + 2,02 \times AJ$

AJ: Altura do joelho (cm)
Fonte: Chumlea e col, 1995.

- Adequação da estatura da criança:

$E/I = \frac{\text{Estatura obtida}}{\text{Est. P50 para Idade}} \times 100$

> 95%	Estatura adequada
< 95%	Baixa estatura

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

- IMC: $\text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$

AVALIAÇÃO CURVAS DE CRESCIMENTO DA OMS

- Índices antropométricos recomendados na avaliação em pediatria

FASES DO CURSO DA VIDA	ÍNDICES OMS
CRIANÇAS (< 5 anos)	P/I E/I P/E IMC/I
CRIANÇAS (≥ 5 e < 10 anos)	P/I E/I IMC/I
ADOLESCENTES (≥ 10 - < 20 anos)	E/I IMC/I

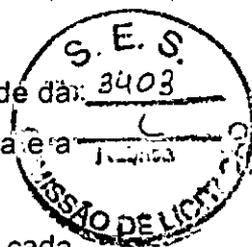
- Passos para o diagnóstico nutricional da criança:

1º PASSO: Calcular a idade em anos completos e meses, fazendo as aproximações necessárias.

2º PASSO: Pesar e medir a criança utilizando as técnicas e os instrumentos adequados.



[Handwritten signature]



3º PASSO: Marcar nos gráficos de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança o ponto de interseção entre o peso e a idade, entre a estatura e a idade, e entre o IMC e a idade da criança.

4º PASSO: Fazer o diagnóstico nutricional da criança, interpretando cada índice avaliado.

5º PASSO: Verificar a evolução das curvas de crescimento para complementar o diagnóstico nutricional.

6º PASSO: Compartilhar com o responsável o diagnóstico nutricional

7º PASSO: Fazer a intervenção adequada para cada situação.

(Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

- Interpretação das Curvas da OMS para crianças:

Quadro 7. Critérios antropométricos para classificação do estado nutricional em crianças de 0 a 10 anos incompletos.

Valores Críticos em Percentis	Índices antropométricos						
	Crianças menores de 5 anos				Crianças menores de 10 anos		
	P/I	P/E	IMC/I	E/I	P/I	IMC/I	E/I
< P 0,1	Muito baixo P/I	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa E/I	Muito baixo P/I	Magreza acentuada	Muito baixa E/I
≥ P 0,1 e < P 3	Baixo P/I	Magreza	Magreza	Baixa E/I	Baixo P/I	Magreza	Baixa E/I
≥ P 3 e < P 15	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ P 15 e ≤ P 85							
> P 85 e ≤ P 97		Peso elevado para a idade	Sobrepeso		Sobrepeso	Peso elevado para a idade	
> P 97 e ≤ P 99,9							
> P 99,9		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

- Passos para o diagnóstico nutricional do adolescente:



1º PASSO: Avaliar o adolescente, considerando sua idade e seu sexo.

2º PASSO: Pesar e medir o adolescente, utilizando as técnicas e os instrumentos adequados.

3º PASSO: Calcular oIMC e fazer o diagnóstico nutricional.

4º PASSO: Compartilhar com o adolescente e com o responsável.

5º PASSO: Fazer a intervenção adequada para cada situação.

(Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

- **Interpretação das Curvas da OMS para adolescentes:**

Quadro 8. Critérios antropométricos para classificação do estado nutricional em adolescentes de 10 a 20 anos incompletos.

Valores Críticos em Percentis	Índices antropométricos para adolescentes	
	IMC/I	E/I
< P 0,1	Magreza acentuada	Muito baixa E/I
≥ P 0,1 e < P 3	Magreza	Baixa E/I
≥ P 3 e < P 15	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥ P 15 e ≤ P 85		
> P 85 e ≤ P 97	Sobrepeso	
> P 97 e ≤ P 99,9	Obesidade	
> P 99,9	Obesidade grave	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.



ASPECTOS CLÍNICOS

AVALIAÇÃO GERAL

Quadro 9. Parâmetros clínicos para avaliação de pacientes

Parâmetros hemodinâmicos	Estável	
	Instável	Alta dose de droga vasoativa (> 2µg/kg)
		Moderada dose de droga vasoativa (0,5 – 2 µg/kg)
		Baixa dose de droga vasoativa (< 0,5 µg/kg)
Nível de consciência	Consciente	
	Rebaixado	
	Coma	Responde aos estímulos Não responde aos estímulos
Sedação	Sim ou Não	
Tipo de ventilação	Espontânea	Ar ambiente, cateter nasal, máscara O ₂ , ou tubo T
	Mecânica	Modo PCV (Ventilação Controlada a Pressão)
		Modo PSV (Ventilação com Pressão Suportiva) / VNI (Ventilação Não Invasiva)

SINAIS VITAIS

Principalmente para pacientes em UTI avaliar: temperatura (°C), Frequência cardíaca (bpm), Frequência respiratória (ipm), Pressão arterial sistólica (mmHg), Pressão arterial diastólica (mmHg) e Pressão arterial média (mmHg).

EXAME FÍSICO

O exame físico, combinado com outros componentes da avaliação nutricional, pode fornecer evidências de deficiências nutricionais ou piora funcional. A semiologia nutricional é realizada de forma sistêmica e progressiva, da cabeça aos pés, com o objetivo de determinar as condições nutricionais do paciente (SBNPE; ABN, 2011).

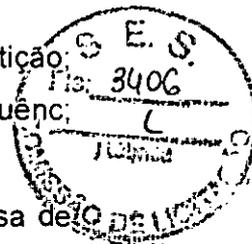
O exame físico deve contemplar:

- **Aspectos gerais:** hidratação, coloração da pele, astenia, dentição
- **Presença de edema**
- **Avaliação do abdome:** escavado, globoso, 666requênc, timpânico,





- **Avaliação gastrointestinal:** cavidade oral; mastigação; deglutição; anorexia/hiporexia; náuseas e vômitos; dor abdominal; 667requênc; constipação; duração, intensidade e 667requência dos sintomas.
- **Sinais de perda ponderal e desnutrição:** perda da bola gordurosa de Bichart, atrofia temporal bilateral e sinal de asa quebrada, fúrcula esternal, retração intercostal, atrofia muscular paravertebral, atrofia da musculatura interóssea das mãos e adutor do polegar, atrofia de bíceps, tríceps, quadríceps e gastrocnêmio, protusão de joelho e outras proeminências ósseas.



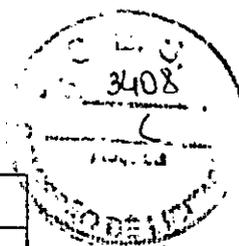
Quadro 10. Alterações físicas associadas a deficiências de micronutrientes

Local	Manifestações clínicas	Deficiências
Cabelo	Perda do brilho, seco, quebradiço, despigmentação, fácil de arrancar	Proteína e zinco
Face	Seborréia nasolabial, edema de face	B2, Fe e Proteína
Olhos	Palidez conjuntival, xerose, blefarite angular	Fe, vit. A, B2 e B6
Lábios	Estomatite angular, queilite	B2
Língua	Glossite, língua magenta, atrofia e hipertrofia das papilas	B2, B3, B9, B12
Gengivas	Esponjosas, sangramento	Vitamina C
Pele	Xerose, hiperkeratose folicular, petéquias, equimoses excessivas	Vitaminas A, C e K
Unhas	Coiloníquia, quebradiças	Ferro
Tecido subcutâneo	Edema, pouca gordura	Proteína e calorias
Sistema músculo-esquelético	Atrofia muscular, alargamento epifisário, perna em "x", flacidez das panturrilhas, fraturas	Vitamina D, B1 e Cálcio
Sistema cardiovascular	Cardiomegalia	B1
Sistema nervoso	Alterações psicomotoras e sensitivas, depressão, fraqueza motora, formigamento (mãos/pés)	B1, B6 e B12

Fonte: DUARTE, 2007.

AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

A avaliação dos exames bioquímicos auxilia a detecção de alterações metabólicas, falências orgânicas e carências nutricionais (SBNPE; ABN, 2011). A avaliação bioquímica deve ser feita a luz da história clínica do paciente e associada aos demais parâmetros de avaliação nutricional para determinação do diagnóstico nutricional.



Quadro 11. Parâmetros bioquímicos normais para crianças e adolescentes

Proteína Total (g/dl)	Cça: 6,2 – 8,0		
Albumina sérica (g/dl)	Cça: 4,0 – 5,0		
	Adoles.: 3,5 – 5,0		
Eritrócitos (milhões cel/mm)	6m a 2a: 3,7 – 5,3		
	2 a 6a: 3,9 – 5,3		
	6 a 12a: 4,0 – 5,2		
	12 a 18a: 4,5 – 5,3 M		
	12 a 18a: 4,1 – 5,1 F		
Creatinina (mg/dl)	Lact.: 0,2 – 0,4		
	Cça: 0,3 – 0,7		
	Adoles.: 8,0 – 30,0		
Eritrócitos	2m: 9,0 – 14,0		
Hemoglobina (g/dl)	6m a 12a: 11,5 – 15,5		
	12 a 18a: 13 – 16 M		
	12 a 18a: 12 – 16 F		
HCM (pg)	6m a 2a: 23 – 31		
	2 a 12a: 25 – 33		
	12 a 18a: 25 – 35		
VCM (fl)	6m a 2a: 70 – 86		
	2 a 12a: 77 – 95		
	12 a 18a: 78 – 98 (M)		
	12 a 18a: 78 – 102 (F)		
Glicose (mg/dl)	RN 1 dia: 40 – 60		
	RN 1 dia: 50 – 90		
	Cça: 60 – 100		
Hb glicosilada	5,6-7,5% total de Hb		
Curva Glicêmica Dose infantil: 1,75g/kg (PI)		Normal	Diab.
	Jejum	70 – 105	> 115
	60 min	120 – 170	> 200
	90 min	100 – 140	> 200
	120 min	70 - 120	> 140

Fonte: ACCIOLY, SAUNDERS, LACERDA, 2009.

Quadro 12. Valores de referência lipídica propostos para a faixa etária 2 a 19 anos

Lípidios	Valores (mg/dL)		
	Desejáveis	Limítrofe	Aumentados
Colesterol total	< 150	150 – 169	≥ 170
LDL-c	< 100	100 - 129	≥ 130
HDL-c	≥45	-	-
Triglicerídeos	< 100	100 - 129	≥ 130

Fonte: SBC, 2007.

[Handwritten signature]



RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

As recomendações nutricionais irão variar de acordo com a patologia de base, estado nutricional e quadro clínico do paciente. A avaliação das necessidades nutricionais deverá ser feita nas primeiras 48 horas de admissão.



Necessidades energéticas

Quadro 13. Taxas calóricas (kcal/kg/dia) para lactentes

Meses	Meninos (Kcal/Kg/dia)	Meninas (Kcal/Kg/dia)
0-1	113	107
1-2	104	101
2-3	95	94
3-4	82	84
4-5	81	83
5-6	81	82
6-9	79	78
9-11	80	79
11-12	81	79
12-24	82	80

Fonte: FAO, 2004.

Quadro 14. Requerimento energético para pré-escolares e escolares - Meninos

Idade (anos)	Atividade física		
	Leve	Moderada	Intensa
	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC
2-3		84	
3-4		80	
4-5		77	
5-6		75	
6-7	62	73	84
7-8	60	71	81
8-9	59	69	79
9-10	56	67	76

Fonte: FAO, 2004.



Quadro 15. Requerimento energético para pré-escolares e escolares - Meninas

Idade (anos)	Atividade física		
	Leve	Moderada	Intensa
	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC
2-3		81	
3-4		77	
4-5		74	
5-6		72	
6-7	59	69	80
7-8	57	67	77
8-9	54	64	73
9-10	52	61	70

Fonte: FAO, 2004.

Quadro 16. Requerimento energético para Adolescentes- Meninos

Idade (anos)	Atividade física		
	Leve	Moderada	Intensa
	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC
10-11	55	65	74
11-12	53	62	72
12-13	51	60	69
13-14	49	58	66
14-15	48	56	65
15-16	45	53	62
16-17	44	52	59
17-18	43	50	57

Fonte: FAO, 2004.



Quadro 17. Requerimento energético para Adolescentes- Meninas

Idade (anos)	Atividade física		
	Leve	Moderada	Intensa
	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC	Kcal/kg/PC
10-11	49	58	66
11-12	47	55	63
12-13	44	52	60
13-14	42	49	57
14-15	40	47	54
15-16	39	45	52
16-17	38	44	51
17-18	37	44	51

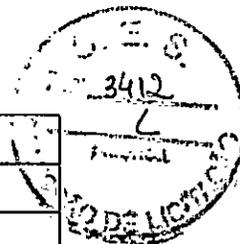
Fonte: FAO, 2004.

Quadro 18. Classificação da atividade física para adolescentes.

Intensidade	Descrição das atividades
Leve	15% < moderada - gastam várias horas na escola ou em ocupações sedentárias, não praticam atividade física regular, usam automóvel como transporte, e gastam mais tempo em atividade de lazer que requerem pouco esforço físico.
Moderada	Atividade física mais extenuante que os exemplos dados para estilo de vida leve (sedentário), mas não como os exemplos do estilo de vida intenso.
Intensa	15% > moderada - caminham longas distâncias ou uso de bicicleta como transporte, realizam ocupações que demandem energia, ou tarefas de elevado desempenho que demandam energia por várias horas por dia, e/ou pratica de esportes ou exercícios que demandem elevado nível de esforço físico por várias horas, vários dias ou semanas.

Fonte: FAO, 2004.

Necessidades proteicas



Quadro 19. Recomendações de proteína para crianças e adolescentes

IDADE (meses)	g/kg/dia	
3-6	1,85	
6-9	1,65	
9-12	1,5	
12-23	1,2	
IDADE (anos)	g/kg/dia	
1-1,5	1,26	
1,5-2	1,17	
2-3	1,13	
3-4	1,09	
4-5	1,06	
5-6	1,02	
6-7	1,01	
7-8	1,01	
8-9	1,01	
9-10	0,99	
	MASCULINO	FEMININO
10-14	1,35	1,3
14-16	1,33	1,2
16-18	1,2	1,1
18	1,0	1,0

FONTE: FAO, 1985.

Necessidades hídricas

Quadro 20. Recomendações Hídricas

Faixa etária	Volume (mL/Kg/dia)
RN Pré-termo extremo	150 a 200
RN Pré-termo	100 a 150
RN a termo até 3 dia	60 a 80
RN a termo entre 3 e 7 dias	80 a 100
RN a termo após 7 dias	100 a 120
Lactentes até 10 Kg	100
Lactentes 11 a 20 kg	80 a 90
Pré-escolar 21 a 30 kg	50 a 80

[Handwritten signature]

Fonte: FALCÃO; CARRAZZA, 1999.

Ajuste das necessidades nutricionais

Para crianças com comprometimento do peso, calcular o *Catch-up Growth* (PETERSON; WASHINGTON; RATHBUN, 1984) para ajustar as necessidades calórica e protéicas. Avaliar individualmente a adequação e a tolerância. Se necessário, evoluir gradativamente.

- **Fórmulas:**

Necessidades calóricas (Kcal/kg/dia) = $\frac{\text{kcal/idade} \times \text{Peso ideal/idade}}{\text{Peso atual}}$

Necessidades proteicas (Ptn g/kg/dia) = $\frac{\text{Necessidade prot. Recom.} \times \text{Peso ideal/idade}}{\text{Peso atual}}$

INDICAÇÕES PARA TERAPIA NUTRICIONAL

Dados coletados na avaliação nutricional guiam a conduta dietoterápica e auxiliam a determinação da rota de alimentação apropriada, identificação do momento oportuno para início da terapia nutricional, estabelecimento de necessidades nutricionais, potenciais complicações e necessidade de uso de fórmulas especiais.



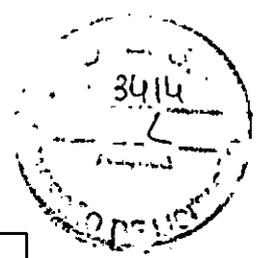
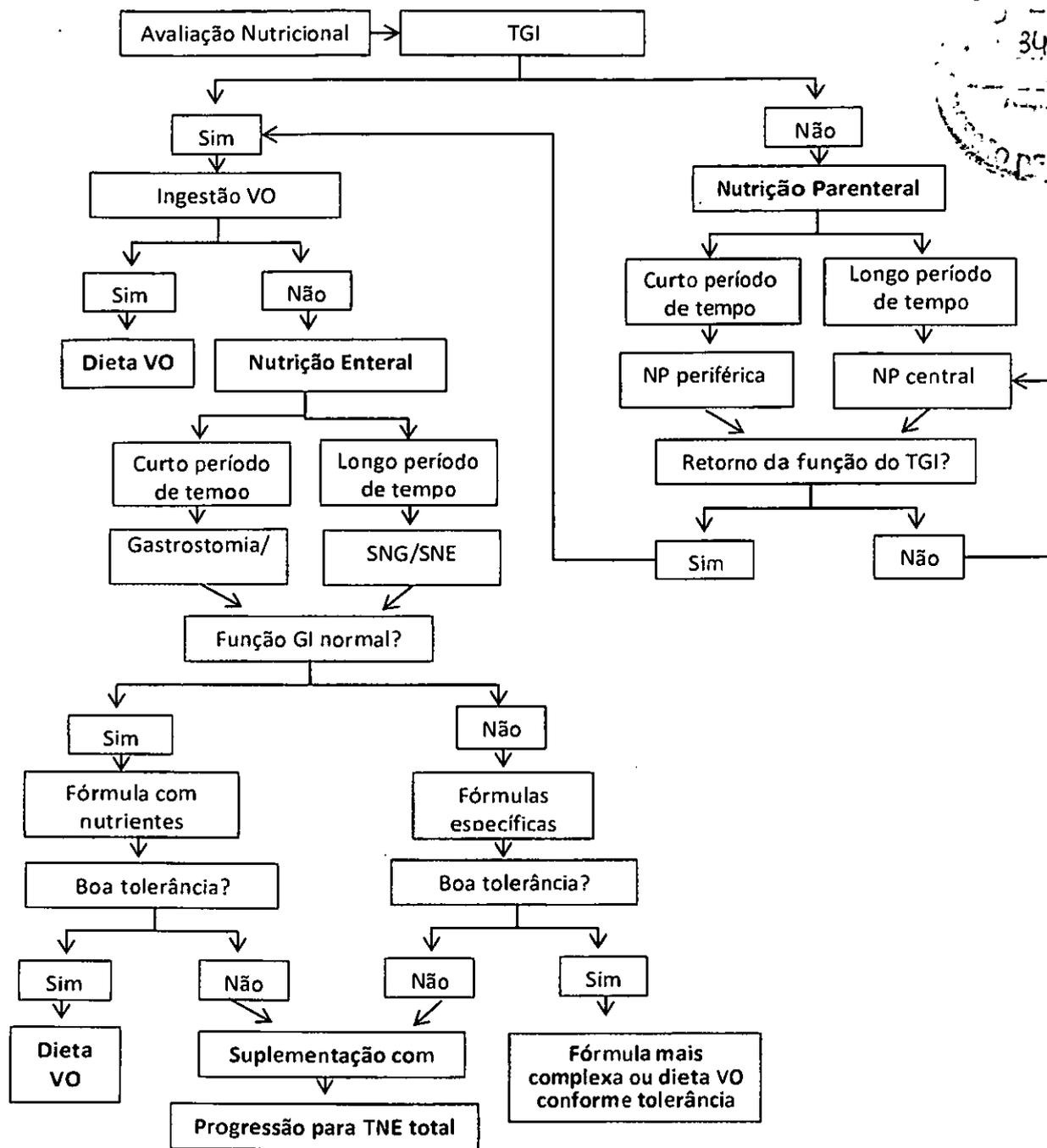


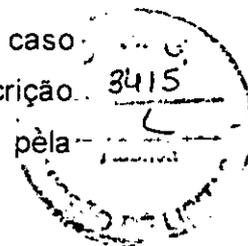
Figura 5. Rotas para via de alimentação (ASPEN, 2010)

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

A prescrição dietética é ato privativo do nutricionista. Sua elaboração tem como base as diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, formulado a partir de dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos (CFN, 2003). O registro da prescrição dietética (conduta) deve conter data, Valor Energético

[Handwritten signature]

Total (VET), consistência, macro e micronutrientes importantes para o caso clínico, fracionamento, assinatura, carimbo com número e região da inscrição no Conselho Regional de Nutricionista do profissional responsável pela prescrição (CFN, 2003).



MONITORIZAÇÃO CLÍNICA

Verificação do resíduo gástrico

Avaliar individualmente em equipe multiprofissional. Um episódio isolado de resíduo gástrico ou vômito não é indicação de suspensão da NE, mas de cuidados redobrados na sua administração e monitorização.

Monitorização da dieta ingerida/infundida

Para pacientes com dieta **via oral** a aplicação e cálculo do recordatório de 24 horas fornecerá dados sobre volume, consistência, aspecto e valor nutricional da ingestão do paciente.

Pacientes em **terapia nutricional enteral** por sonda, gastrostomia ou jejunostomia internados em UTIs terão a dieta monitorizada por meio de acompanhamento diário em sistemática de enfermagem. Toda a dieta recebida pelo paciente é registrada na sistemática, que fornecerá o volume recebido durante 24 horas para o cálculo da oferta nutricional. Nas enfermarias, o acompanhamento será realizado pelos registros em prontuário e relatos dos pacientes e/ou acompanhantes.

Pacientes em **terapia nutricional parenteral** recebem dieta em infusão contínua (24h). Verificar a velocidade de infusão das últimas 24 horas para o cálculo do volume infundido e valor nutricional do mesmo.

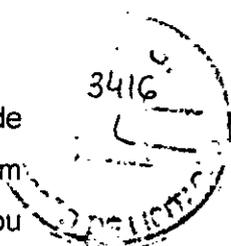
Será considerado satisfatório que o paciente receba **90% ou mais** da oferta nutricional prescrita (oral, enteral ou parenteral).

Reavaliação das necessidades nutricionais

As necessidades nutricionais deverão ser reavaliadas sempre que houver alteração de quaisquer destes parâmetros (piora ou melhora clínica significativa, alteração do estado nutricional, alteração do tratamento clínico, etc).

Antropometria

A aferição de parâmetros antropométricos deverá ser feita no primeiro dia de acompanhamento nutricional e a cada 7 a 10 dias, podendo ser realizada em intervalo menor em caso de mudanças relevantes da composição corporal ou longo período de jejum (3 a 5 dias). O acompanhamento da antropometria será realizado pela aferição de peso, circunferência braquial (CB), cálculo de IMC e avaliação das curvas da OMS.

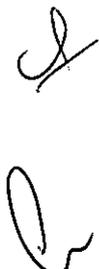


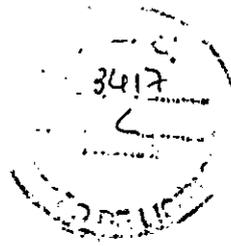
Aspectos físicos

O exame físico deve ser realizado diariamente. As avaliações do abdome e do trato gastrintestinal devem ser relatadas em evolução devido sua importância para a condução da dietoterapia. Distensão abdominal, náuseas, refluxo esofágico regurgitação e vômitos não deve ser motivo de suspensão da dieta a menos que haja evidência de obstrução intestinal ou ileo adinâmico. Indicado utilizar fórmulas isotônicas, sem lactose e normolipídicas; checar temperatura da dieta no momento da administração; reduzir a velocidade de infusão da dieta; posicionar sonda após ângulo de Treitz; elevar cabeceira a um ângulo de 45° e investigar constipação.

Diarréia consiste na ocorrência de 3 ou mais evacuações líquidas ou amolecidas diárias e não deve ser motivo de suspensão da dieta. Investigar primeiramente o contexto clínico e possíveis causas infecciosas ou inflamatórias, bem como medicamentos em uso. Medidas dietéticas a serem seguidas são: investigação de contaminação de dietas em sistema aberto, adequação de fibras à dieta, redução do volume da dieta e prescrição de fórmulas com baixa concentração (osmolalidade e densidade calórica).

Obstipação é o acúmulo de resíduos no cólon ou ceco e pode levar a distensão abdominal e hipertimpanismo. Investigar desidratação e ingestão/administração enteral diária de água pela sonda, além de adequar o conteúdo de fibras da dieta e propor tratamento dietético empírico. Caso não haja resolução do quadro, investigar causas orgânicas e existência de fecaloma com a equipe médica.





Parâmetros metabólicos e bioquímicos

A monitorização de exames bioquímicos é parte da rotina diária da UTI. Entre os exames solicitados estão eletrólitos séricos (Sódio (Na), potássio (K), fósforo (P), magnésio (Mg), Cálcio (Ca), uréia, creatinina, hemograma, bilirrubinas, transaminases, gasometria arterial e venosa. Tais dados deverão auxiliar na monitorização do paciente em TNE, conforme a necessidade e patologia do paciente. Nas enfermarias, tais parâmetros serão solicitados conforme necessidade.

MANEJO DA CRIANÇA DESNUTRIDA GRAVE EM NÍVEL HOSPITALAR

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

- **Avaliação nutricional:** Deve ser imediata à internação.

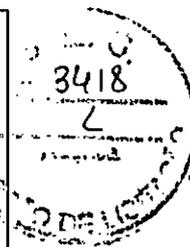
Quadro 21. Fases do tratamento de desnutrição

Fase 1: Inicial / Estabilização (1 a 7 dias)	
<ul style="list-style-type: none"> - Tratar os riscos de morte; - Corrigir deficiências nutricionais específicas; - Reverter as anormalidades metabólicas; - Iniciar alimentação. 	<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantidade e tipo de alimento; - Preferir a via oral; - Fracionamento: 2/2 horas - Taxa calórica: 80-100 kcal/kg/dia; - Taxa protéica: 1,0-1,5 g/kg/dia; - Taxa hídrica: 120-140 ml/kg/dia (dieta + soro) - HIPERHIDRATAÇÃO - Para não ultrapassar a TH: TCM, TCL ou maltodextrina; - Duração: depende da evolução clínica da criança.
Fase 2: Reabilitação	
<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer alimentação intensiva; - Fazer estimulação emocional e física; 	<p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganho de peso maior que 10 g/kg/dia; - Transição gradual e criteriosa da dieta; - Fracionamento: 4/4 horas;





- Realizar preparação para alta hospitalar.	- Taxa calórica: 150-220 kcal/kg/dia; - Taxa proteica: 4-5 g/kg/dia; - Taxa hídrica: até 200 ml/kg/dia; - Duração: até atingir 90% de adequação do P/E ⇒ alta hospitalar.
Fase 3: Acompanhamento	
Após a alta, encaminhar para acompanhamento ambulatorial para prevenir recaídas e assegurar a continuidade do tratamento.	



Quadro 22. Classificação do ganho de peso para pacientes em tratamento de desnutrição.

Classificação do ganho de peso	Valor de referência
Insuficiente	< 5 g/kg/dia
Moderado	5 – 10 g/kg/dia
Bom	> 10 g/kg/dia

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ASPEN. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. **Enteral Nutrition Book**. Silver Spring: ASPEN, 2010. 370 p.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 304, de 26 de fevereiro de 2003**. Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e dá outras providências. Brasília-DF: CFN, 2003.

CHUMLEA, W.C.; GUO, S.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 88, n.5, p. 564 – 568, 1988.

CHUMLEA, W.C.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of American Geriatric Society*, v. 33, n. 2, p. 116 – 120, 1985.

DUARTE, A.C.G. **Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007. 639 p.

FALCÃO, M. C.; CARRAZZA, F. R. **Manual Básico de Apoio Nutricional em Pediatria**. SP: Atheneu, 1999.



FAO/WHO/UNU. **Energy and protein requirements**. WHO Technical Report Series, 724 Geneva: World Health Organization, 1985.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **Human Energy Requirements**. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. FAO Technical Report Series 1, Rome, 2004.

JAMES, R. Nutritional support in alcoholic liver disease: a review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 2, n. 5, p. 315 – 323, 1989.

MARTINS, C. Protocolo de procedimentos nutricionais. In: RIELLA, M. C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 27, p. 416.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

OSTERKAMP L. K. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 95, n. 2, p. 215 – 218, 1995.

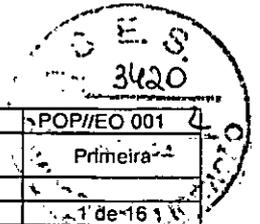
PETERSON K, WASHINGTON JS, RATHBUN J. Team management of failure-to-thrive. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 84, p. 810-815, 1984.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, 2007.

SBPNE; ABN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Triagem e Avaliação do Estado Nutricional**. Projeto Diretrizes: AMB, CFM; 2011. 16 p.



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS (POP)



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP//EO 001
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Página	
				Materiais necessários
Todos	<ul style="list-style-type: none"> Ao iniciar o trabalho; A cada troca de atividade; Quando interromper a manipulação; Após usar o sanitário; Após tossir, espirrar, assoar o nariz e passar as mãos pelo corpo; Antes e após atender ao telefone/celular; Sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar adornos (anel, aliança, relógio, etc...) Umedecer as mãos e antebraços c/ água sem encostar-se na pia; Colocar o sabonete cobrindo toda a superfície das mãos; Friccionar as palmas das mãos entre si; Entrelaçar os dedos e esfregar os espaços entre eles; Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, fazendo movimentos circulares; Repetir o procedimento com a outra mão; Friccionar as pontas dos dedos e unha da mão esquerda contra a palma da mão direita fechada em concha, fazendo movimentos circulares. Repetir o procedimento com a outra mão; Friccionar os punhos e antebraços fazendo movimentos circulares; Enxaguar bem as mãos e antebraços em água corrente no sentido dos dedos para os punhos, retirando todo o resíduo de sabão; Secar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos em direção aos punhos; Fechar a torneira c/ o papel toalha, evitando o contato direto das mãos c/ a torneira; Aplicar álcool a 70%; Deixar secar naturalmente sem usar papel e sem soprar. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabonete líquido neutro e inodoro; Papel toalha não-reciclável Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão		Aprovação
Data:		Data:		Data:

[Handwritten signature]



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP//EO 002
			Edição	Primeira 3421
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Data	
HIGIENIZAÇÃO DE BANCADAS E PRATELEIRAS		Página	2 de 16	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
Auxiliar de cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Diariamente Sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o excesso de sujeira com auxílio de pano descartável; Friccionar a esponja umedecida com água e detergente no local; Retirar o detergente com o pano úmido; Enxugar com pano descartável limpo bem torcido; Aplicar álcool 70% com outro pano limpo e seco, friccionando por 3 vezes; Deixar secar naturalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Detergente líquido neutro Esponja Pano descartável Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP//EO 003
			Edição	Primeira
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Data	
HIGIENIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS		Página	3 de 16	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
Auxiliar de cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Após o uso Sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> Friccionar a esponja umedecida com água e detergente no utensílio; Enxaguar em água corrente; Preparar solução de hipoclorito de 200ppm; Deixar de molho em solução de hipoclorito por 15 min em recipiente de plástico específico e previamente higienizado; Retirar da solução, enxaguar e deixar escorrer em recipiente vazado; Utensílios de metal (panelas, talheres): desinfetar com pano embebido em álcool a 70%. 	<ul style="list-style-type: none"> Detergente líquido neutro Esponja Solução de hipoclorito (200ppm) Recipiente de plástico Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO.004
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS (liquidificador, espremedor de frutas, carrinho de distribuição, etc)		Edição	Primeira
			Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Página	
Auxiliar de cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Após o uso Sempre necessário 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o plug da tomada; Lavar as partes móveis com água, esponja macia e detergente; Enxaguar em água corrente; Preparar solução de hipoclorito (200ppm); Deixar de molho em solução de hipoclorito por 15 minutos; Deixar escorrer em recipiente vazado; Limpar a parte fixa (motor), inclusive o fio, com pano limpo e úmido com detergente; Retirar o detergente com pano limpo e úmido; Enxugar com pano limpo bem torcido; Desinfetar a parte fixa com pano limpo e seco embebido em álcool 70%. 	4 de 16	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 005
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE FOGÃO		Edição	Primeira
			Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Página	
Auxiliar de cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Diariamente após o uso Sempre necessário 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar o plug da tomada; <p>Queimadores e grades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retirar e lavar com a face grossa da esponja, detergente e água corrente; <p>Parte fixa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retirar os resíduos com pano úmido e limpo. Higienizar com face macia da esponja e detergente; Enxugar com pano limpo bem torcido; <p>Obs: Nunca passar álcool.</p>	5 de 16	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 006
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENIZAÇÃO DO REFRIGERADOR		Edição	Primeira
			Data	
			Página	6 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
Auxiliar de cozinha	<ul style="list-style-type: none"> Semanalmente Sempre necessário que	<ul style="list-style-type: none"> Colocar em outro refrigerador os alimentos; Retirar o plug da tomada; <p>Degeio do freezer do refrigerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manter a porta aberta para acelerar o degelo; Colocar um recipiente na prateleira do refrigerador para recolher a água do degelo; <p>Parte Interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavar as grades e gavetas com água corrente, esponja macia e detergente; Higienizar com esponja macia ou pano úmido com detergente a parte interna; Retirar o detergente com pano úmido; Enxugar com pano limpo bem torcido; <p>Parte externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Higienizar com esponja macia ou pano úmido e detergente, inclusive a parte superior e o fio do refrigerador; Retirar o detergente com pano úmido; Enxugar com pano limpo bem torcido; Retirar o recipiente com a água do degelo; <p>Aplicação do álcool 70%:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desinfectar a parte interna, prateleiras, gavetas, termômetro e a parte externa com pano limpo e seco embebido em álcool 70%, friccionando por 3 vezes; Guardar os alimentos no refrigerador; Reiligar o refrigerador e regular o termostato na posição médio. 	<ul style="list-style-type: none"> Detergente líquido neutro Esponja Pano descartável Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

3423
L
L





HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	PDP/ED 007
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DE HORTIFRUTIS		Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Página	
Auxiliar de cozinha	• Sempre necessário	que	7 de 16	3424
		<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos, conforme POP nº01; Higienizar, individualmente, em água corrente, com esponja própria sem sabão; Explicar solução de hipoclorito; Colocar em imersão na solução de hipoclorito por 15 minutos; Retirar da solução; Enxaguar as frutas em água corrente; Deixar escorrer em recipiente vazado; Utilizar ou armazenar em recipiente fechado e identificado. 	Materiais necessários <ul style="list-style-type: none"> Esponja macia ou escova; Solução de hipoclorito (100ppm); Recipiente de plástico 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

HUGD 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 008
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS, VIDROS, PRODUTOS TETRA PACK, EMBALAGENS PLÁSTICAS		Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Página	
Auxiliar de cozinha ou lactaristas	• Diariamente; • Sempre necessário	que	8 de 16	
		<ul style="list-style-type: none"> Higienizar, individualmente, em água corrente, com esponja e detergente; Enxaguar em água corrente; Enxugar com pano limpo e seco; Desinfetar com álcool a 70% utilizando outro pano limpo e seco; Passar para o lactário, em bandeja previamente higienizada. 	Materiais necessários <ul style="list-style-type: none"> Esponja macia Detergent e neutro Pano descartável Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	



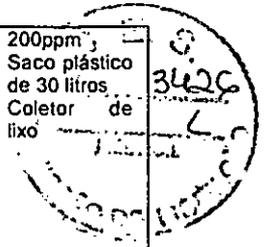
HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 009
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRONIZADO DE CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS		Data	
			Página	9 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Todos os manipuladores: adotar medidas de prevenção. Execução do tratamento químico: funcionário capacitado de empresa especializada terceirizada 	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção: diariamente Tratamento químico: quando houver ocorrência de qualquer tipo de praga no local 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas preventivas: realizar adequada higienização das áreas externas e internas de preparo de alimentos; manutenção e conservação da estrutura física (ralos com sistema de abre e fecha, telas milimétricas, porta com sistema automático); podar gramas e arbustos na área externa; correto manejo de resíduos. Caso seja registrada em planilha a ocorrência de uma ou mais pragas, empresa especializada deve ser acionada para realizar o controle químico. A empresa deve ter registro em órgão competente e deve utilizar produtos regulamentados pelo Ministério da Saúde e específico para o tipo de praga encontrado. A empresa deve disponibilizar comprovante da operação realizada, informando o princípio ativo e concentração do produto utilizado e o nome da pessoal capacitada responsável pela operação. Após a aplicação do produto, os equipamentos e utensílios devem ser higienizados para a remoção dos resíduos antes da reutilização. 	<ul style="list-style-type: none"> Esponja macia Detergent e neutro Pano descartável Álcool a 70% 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	PDP/ED 010
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DA LIXEIRA E RECOLHIMENTO DO LIXO		Data	
			Página	10 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Funcionário do setor de higienização 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os dias, obedecendo o cronograma de descarte do lixo, ou sempre que necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> O horário de saída do lixo não deverá coincidir com o de entrega de mercadorias; Colocar luvas de borracha para proteção das mãos; Fechar o saco plástico, retirá-lo da lixeira e proceder o descarte; Acondicionar o lixo no container externo para coleta pública; Levar o recipiente de lixo para a área externa da UAN, próximo ao ponto de água; Higienizar cuidadosamente com água corrente para retirada de sujidades; Umedecer esponja com detergente; Higienizar as luvas e as mãos seguindo POP específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Luvas de borracha; Sabão; Água; Esponja; Solução de hipoclorito 200ppm Saco plástico de 30 litros Coletor de lixo 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 011
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DE INSTALAÇÕES		Data	
			Página	11 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Funcionário do setor de higienização 	<ul style="list-style-type: none"> Diariamente 	<ul style="list-style-type: none"> Desligar e tampar todas as tomadas da área a ser limpa; Utilizar escada para alcançar toda a altura da parede; Umedecer com sabão e esfregar com <u>Parede</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Luvas de borracha; Sabão; Água; Esponja; Solução de hipoclorito 	



		<p>auxílio do esfregão em movimentos de cima para baixo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enxaguar com água; • Enxaguar com solução clorada; • Deixar secar naturalmente. <p><u>Janelas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar escada para alcançar toda a altura da janela; • Umedecer a superfície com água e sabão; • Esfregar com auxílio de esfregão em movimentos de cima para baixo; • Enxaguar com água; • Deixar secar naturalmente. <p><u>Portas e maçanetas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Passar pano úmido nas superfícies para retirar a poeira; • Umedecer o local com água e sabão; • Esfregar com ajuda da esponja de fibra sintética, em movimentos de cima para baixo; • Retirar o sabão com pano úmido ou água corrente (caso de portas de material impermeável); • Deixar secar naturalmente. 	<p>200ppm; • Saco plástico de 30 litros • Coletor de lixo</p>
Elaboração		Revisão	Aprovação
Data:		Data:	Data:



D
Q



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POPI/EO 012
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira 3427
	PREPARO DE DIETAS ENTERAIS EM PÓ		Data	
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
• Lactaristas	• Conforme horários estabelecidos	<ul style="list-style-type: none"> Receber as etiquetas com as prescrições de dieta de cada paciente; Dietas com a mesma forma de preparo e concentração podem ser preparadas em conjunto, somando os ingredientes; Usar água filtrada e fervida, em temperatura ambiente; Colocar metade do volume da água no copo do mixer; Colocar o pó na água; Usar para cada dieta em pó, um medidor padrão higienizado; Acrescentar módulos, se estiver prescrito; Bater com o mixer até ficar bem homogêneo; Coar duas vezes; No frasco: transferir com funil e completar o volume final com água; Etiquetar e tampar o frasco imediatamente após o preparo; Ensacar os frascos, individualmente, para a distribuição. Acondicionar no refrigerador até o horário da entrega, quando necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> Fórmulas orais e enterais em pó Mixer elétrico Penela Medidor Jarra de plástico Saco plástico descartável Frasco descartável para dieta ou copo descartável com tampa; Funil; Equipo; Copo medidor; Etiqueta com prescrição. 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO'013
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	PREPARO DE DIETAS ENTERAIS LIQUIDAS		Data	31/03/28
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Lactaristas 	<ul style="list-style-type: none"> Conforme horários estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> Receber as etiquetas com as prescrições de dieta de cada paciente; Diets com a mesma forma de preparo e concentração podem ser preparadas em conjunto, somando os ingredientes; <p><u>Diets sem módulos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar o volume no frasco com auxílio do funil; <p><u>Diets com módulo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar metade do volume no copo do mixer; Acrescentar os módulos; Bater no mixer até ficar homogeneizados; Coar duas vezes; Colocar no frasco (com funil) ou copo; Completar o volume final com a dieta; <ul style="list-style-type: none"> Etiquetar e tampar o frasco após o preparo; Ensacar os frascos, individualmente; Acondicionar no refrigerador até o horário da entrega, quando necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> Fórmulas enterais líquidas Funil Mixer elétrico Peneira Abridor de garrafa Medidor Jarra Saco plástico descartável Copo descartável com tampa; Frasco descartável para dieta; Equipo para dieta; Etiquetas. 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	

31/03/28
L
LACTARISTAS

Handwritten signature

Handwritten signature

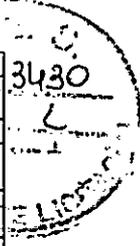


HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 014
			Edição	Primeira 3029
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Data	
	PREPARO DE FÓRMULAS INFANTIS EM PÓ		Página	14 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento		Materiais necessários
<ul style="list-style-type: none"> Lactaristas 	<ul style="list-style-type: none"> Conforme horários estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> Receber as etiquetas com as prescrições de dieta de cada paciente; Dietas com a mesma forma de preparo e concentração podem ser preparadas em conjunto, somando os ingredientes; Usar água filtrada, fervida, morna; Medir na mamadeira metade do volume da água prescrito; Usar para cada fórmula um medidor higienizado; Colocar o pó na água e agitar bem; Completar o volume com água fervida morna; Distribuir as fórmulas infantis prontas nas mamadeiras ou chucas; Embalar, individualmente, as mamadeiras ou chucas em sacos plásticos; Etiquetar; 		<ul style="list-style-type: none"> Fórmulas orais em pó Medidor Jarra Mamadeira ou chucha Saco plástico descartável Etiquetas.
Elaboração		Revisão		Aprovação
Data:		Data:		Data:

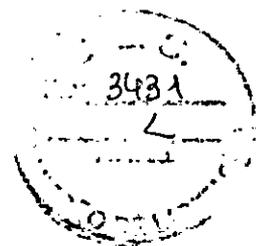
HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 015
			Edição	Primeira
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Data	
	COLETA DE AMOSTRAS DE ALIMENTOS, DIETAS E FÓRMULAS INFANTIS		Página	15 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento		Materiais necessários
<ul style="list-style-type: none"> Lactaristas 	<ul style="list-style-type: none"> Conforme horários estabelecidos 	<ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos, de acordo com POP Nº1; Dosar 50 mL em seringa descartável ou pesar 50g de amostra de cada preparação; Colocar imediatamente em embalagem plástica esteril etiquetada com nome do produto, volume da amostra, data e horário da coleta, responsável pela coleta; Colocar as amostras imediatamente no freezer. Armazenar por 72 horas. Após esse período desprezar. 		<ul style="list-style-type: none"> Seringa descartável Embalagens plásticas para amostras Etiqueta
Elaboração		Revisão		Aprovação
Data:		Data:		Data:



HUGO 2	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO		Código	POP/EO 016
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição	Primeira
	HIGIENIZAÇÃO DE MAMADEIRAS E CHUCAS		Data	
			Página	16 de 16
Responsáveis	Frequência	Procedimento	Materiais necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Lactaristas 	<ul style="list-style-type: none"> Após o recolhimento das mesmas 	<ul style="list-style-type: none"> Retirar todo o resíduo de leite das mamadeiras e chucas em água corrente; Retirar discos, anéis, arruelas, bicos, protetores internos e externos; Lavar cuidadosamente com escova, água e detergente, todos os acessórios das chucas e mamadeiras; Desvirar os bicos durante a higienização forçando a água a sair pelo seu orifício; Enxaguar em água corrente até sair todo o resíduo de detergente; Preparar solução de hipoclorito de 200ppm; Colocar as mamadeiras, chucas e acessórios de molho na solução de hipoclorito por 1 hora em recipiente de plástico específico e identificado. A quantidade água deve ser de acordo com a marcação do recipiente; Ao final da higienização desprezar a solução de hipoclorito usada; Enxaguar em água corrente filtrada por dentro e por fora; <p>Passar imediatamente para a sala de manipulação em recipiente vazado, higienizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Detergent e líquido neutro Escovas para mamadeiras e chucas Recipiente de plástico Solução de hipoclorito (200ppm) Recipiente de inox vazado 	
Elaboração		Revisão	Aprovação	
Data:		Data:	Data:	



(Handwritten signature and initials)



PLANILHA DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONDUTA PESSOAL

DATA: _____ TURNO: _____

AVALIAÇÃO	Conforme	Não Conforme
1- Os uniformes estão completos, limpos, em bom estado de conservação e foram trocados diariamente?		
2- Os Colaboradores estão usando adornos (relógio, pulseira, anéis, cordões, brincos, aliança, etc.)?		
3- Os Colaboradores estão com os cabelos totalmente cobertos e devidamente barbeados?		
4- As unhas estão limpas, curtas e sem esmalte?		
5- Os Colaboradores não apresentam algum tipo de ferimento nas mãos, braços, ou qualquer tipo de lesão ou doença como gripe ou infecção?		
6- Os Colaboradores cumprem as atitudes de lavar e sanificar as mãos como recomendado, antes de iniciar a manipulação de alimentos, após usar o banheiro, sempre que pegar em lixo e ao mudar de atividade?		
7- Os Colaboradores sempre praticam atitudes higiênicas como não tossir ou espirrar sobre os alimentos e equipamentos, não levar as mãos à boca, nariz e orelhas, evitando contaminação?		
8- Os Colaboradores cumprem a recomendação de não fumar, não se alimentar, não mascar chiclete ou palito, etc., nas áreas de trabalho?		
9- Os Colaboradores retiram o avental antes de ir ao banheiro e ao sair da área de trabalho?		
10 - Os Visitantes não entram na empresa sem estarem devidamente trajados (touca ou rede e/ou jaleco)?		
11 - Os cestos de lixo possuem tampas, acionamento por pedal e são abastecidos com sacos plásticos diariamente?		
12 - Os colaboradores obedecem às recomendações de fumar somente nas áreas destinadas a este fim?		
13 - Há disponibilidade de sabonete bactericida ou sabonete neutro e sanificante, água e papel toalha nas pias de higienização de mãos nas áreas de manipulação?		
14 - Existem cartazes educativos para os Colaboradores nas pias de higienização de mãos?		

MENCIONAR O NOME DO COLABORADOR, OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS (NÃO CONFORMIDADES) E AÇÕES CORRETIVAS TOMADAS:

COLABORADOR	OBSERVAÇÃO (NÃO CONFORMIDADE)	AÇÃO CORRETIVA

Responsável pela monitorização: _____

D

Q

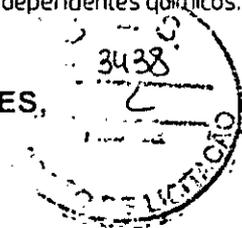
PLANILHA DE MONITORAMENTO DO MANEJO DE RESÍDUOS



Mês /ano: _____

Data	Coleta adequada		Ação Corretiva	Responsável pela monitorização
	Sim	Não		





PLANILHA DE CONTROLE DE HIGIENE DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS

Mês /ano: _____

INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS	ETAPAS DA HIGIENIZAÇÃO		RESPONSÁVEL	MONITORIZAÇÃO		AÇÃO CORRETIVA
	LIMPEZA	SANIFICAÇÃO		COMO?	RESP.	
Caixa de gordura						
Interruptores						
Janelas						
Lavatórios (pias)						
Luminárias						
Maçanetas das portas						
Paredes						
Piso						
Portas						
Ralos						
Rodapés						
Teto						
Tomadas						
Vasos sanitários						
EQUIPAMENTOS						
Bancadas de apoio						
Cadeiras						
Estantes (prateleiras)						
Coifa de Exaustão						
Fogão						
Forno Microondas						
Fatiador de Frios						
Freezer						
Fritadeira						
Liquidificador						
Mesas						
Refrigerador 01						
UTENSÍLIOS						
Assadeiras						
Bacias						
Copos						
Recipientes de aço inoxidável						
Recipientes de plástico						
Recipientes de vidro						
Pratos						
Talheres						

Ação Corretiva: 1 – Higienizar novamente; 2 – Planejar treinamento.

RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO: _____ DATA: _____

(Handwritten initials)



PLANILHA DE CONTROLE DA OCORRÊNCIA DE PRAGAS

Mês/ano: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	
Baratas																																
Cupins																																
Moscas																																
Formigas																																
Aranhas																																
Traças																																
Mariposas																																
Besouros																																
Carunchos																																
Roedores																																
Pássaros																																
Morcegos																																
Pernilongo																																
Outros																																

Responsável _____ pela monitorização: _____

Praga visual (O) Indícios (x)

Responsável pela verificação: _____ Data: _____



Temperatura dos Produtos		Refrigerados 4 °C
Condições do Entregador		
1	Conforme	
2	Falha apresentação pessoal	
3	Uniforme sujo	
Produto		
1	Íntegra	
2	Rasgadas/ Furadas	
3	Estufada	
4	Umidade	

Responsável pela verificação: _____

Data: _____



IBGH
Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

BGH



Instituto Brasileiro
de Gestão Hospitalar

Gestão hospitalar de
urgência, emergência
e recuperação de
dependentes químicos.



VOLUME IV

(Páginas de 0703 a 0908)

62 3942 1300

ibgh.org.br

Av. E, esq. com a Av. J, rua 52 e rua 12, qd. B29-A
lote Único, Sala 810, Jardim Goiás
Goiânia, Goiás - 74.810-030



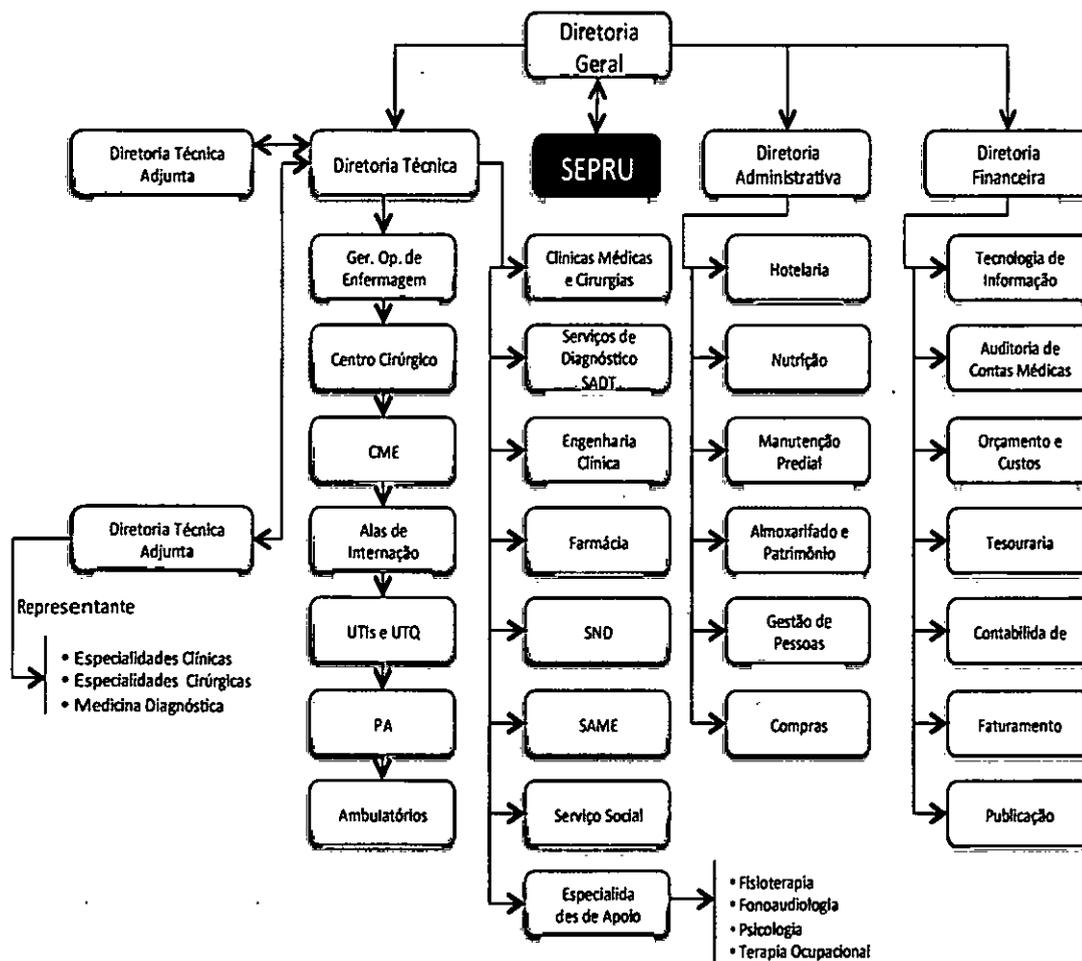
3.3. ITEM TÉCNICA

3.3.1. ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL

3.3.1.1. ORGANOGRAMA GERAL E DIRETORIAS

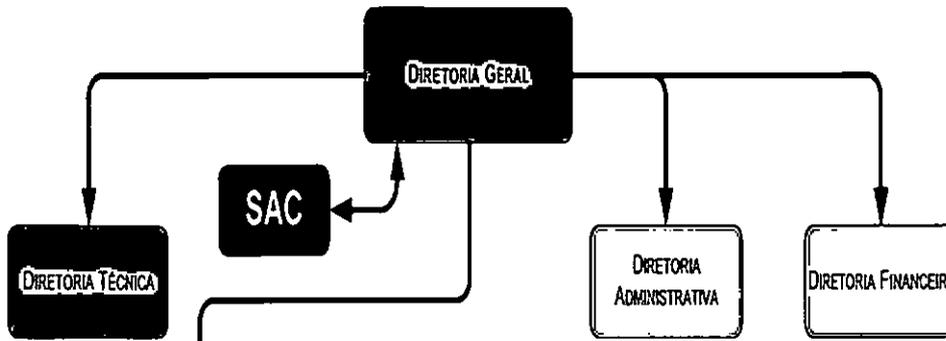
Estrutura Diretiva do Hospital: Organograma Geral

Organograma do Hospital de Urgências Governador Otavio Lage de Siqueira - HUGO 2





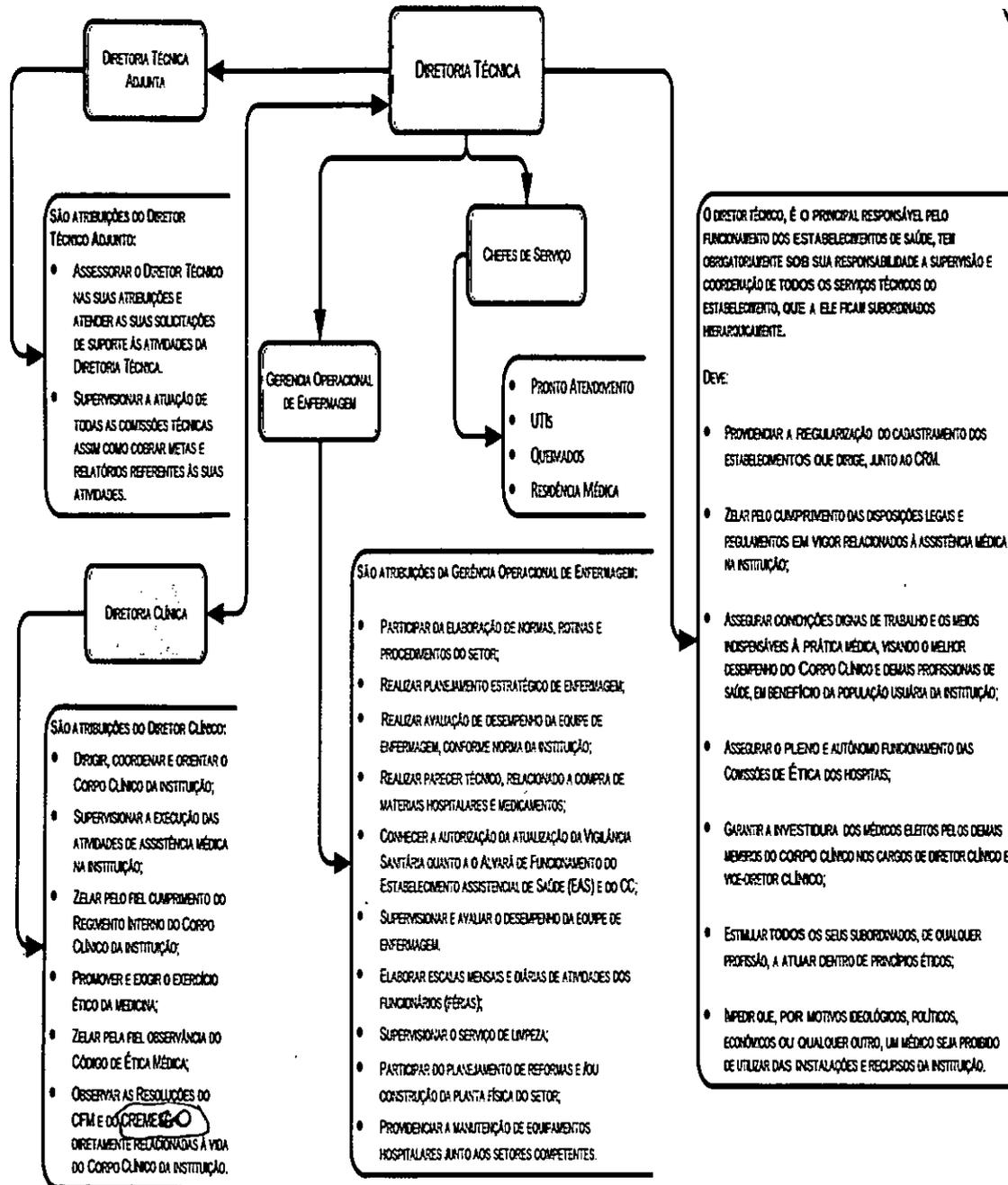
DIRETORIA GERAL – ORGANOGRAMA E ATRIBUIÇÕES



- I. GERIR E REPRESENTAR O HOSPITAL DE URGÊNCIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2;
- II. NOMEAR OS DIRETORES TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO E, CONJUNTAMENTE COM O DIRETOR TÉCNICO, O(A) GERENTE OPERACIONAL DE ENFERMAGEM;
- III. NOMEAR, CONJUNTAMENTE COM O DIRETOR TÉCNICO, O DIRETOR CLÍNICO A PARTIR DA SUA ELEIÇÃO PELO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL DE URGÊNCIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2;
- IV. FACILITAR PROCESSO DE VOTAÇÃO DO DIRETOR CLÍNICO EM PARCERIA COM O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA;
- V. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS DECISÕES DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES RESPONSÁVEIS POR AUTORIZAÇÕES E LICENÇAS PARA O FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL DE URGÊNCIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, PARTICULARMENTE AS DA SES-GO;
- VI. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS NORMAS DESTE REGIMENTO INTERNO;
- VII. ZELAR PELA ORDEM, APLICANDO AS SANÇÕES DISCIPLINARES, QUE SEJAM DE SUA COMPETÊNCIA;
- VIII. APLICAR RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS DESTINADOS AO HOSPITAL DE URGÊNCIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGO 2, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS;
- IX. AUTORIZAR DESPESAS DE COMPRAS E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E DELEGAR ESTA AUTORIZAÇÃO A OUTROS DIRETORES;
- IX. MOVIMENTAR CONTAS BANCÁRIAS CONJUNTAMENTE COM O DIRETOR FINANCEIRO;
- X. ELABORAR E SUBMETER À APECIAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS OS RELATÓRIOS E INFORMAÇÕES PRECONIZADOS NO CONTRATO DE GESTÃO;

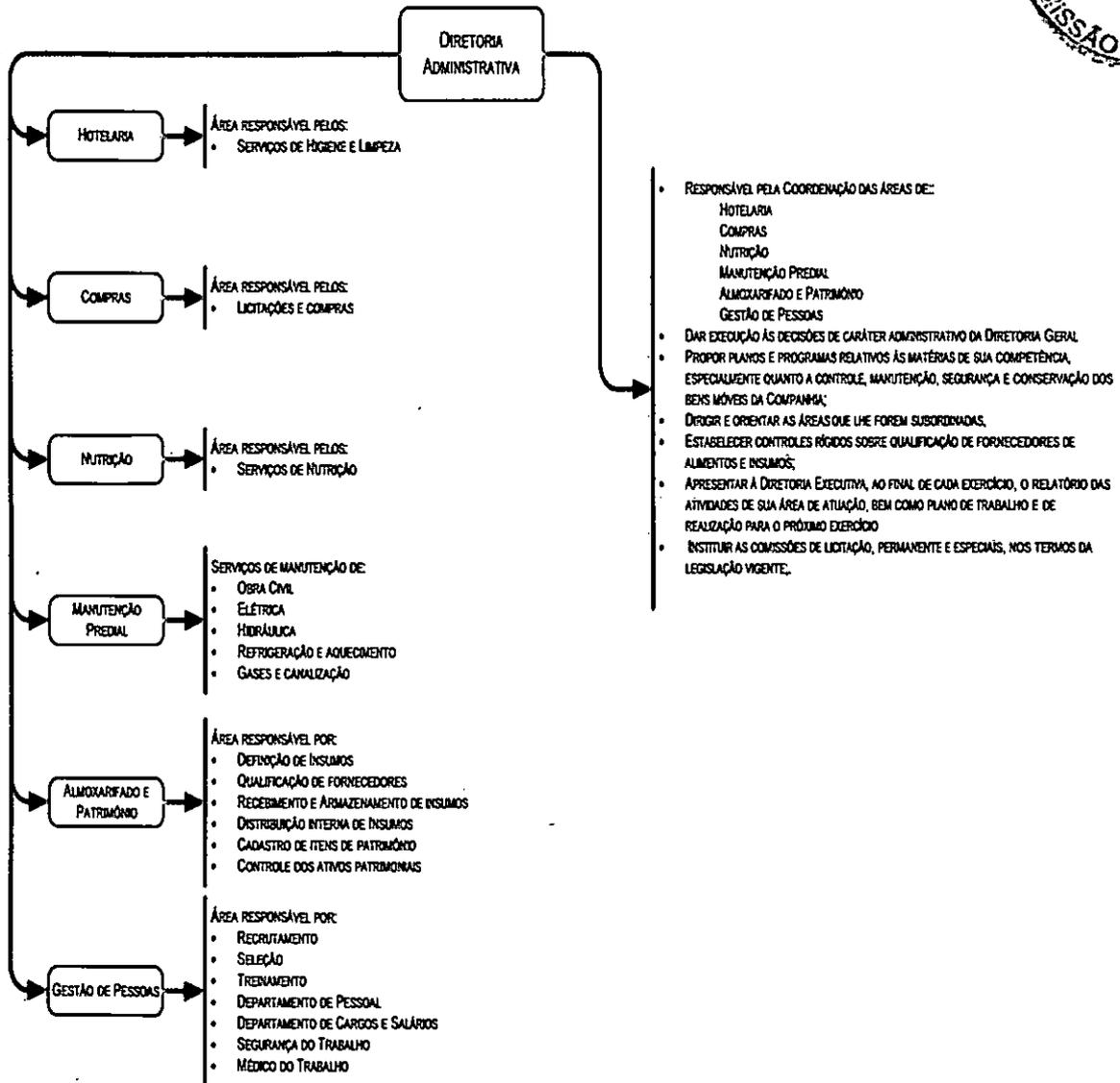


DIRETORIA TÉCNICA - ORGANOGRAMA E ATRIBUIÇÕES





DIRETORIA ADMINISTRATIVA – ORGANOGrama E ATRIBUIÇÕES

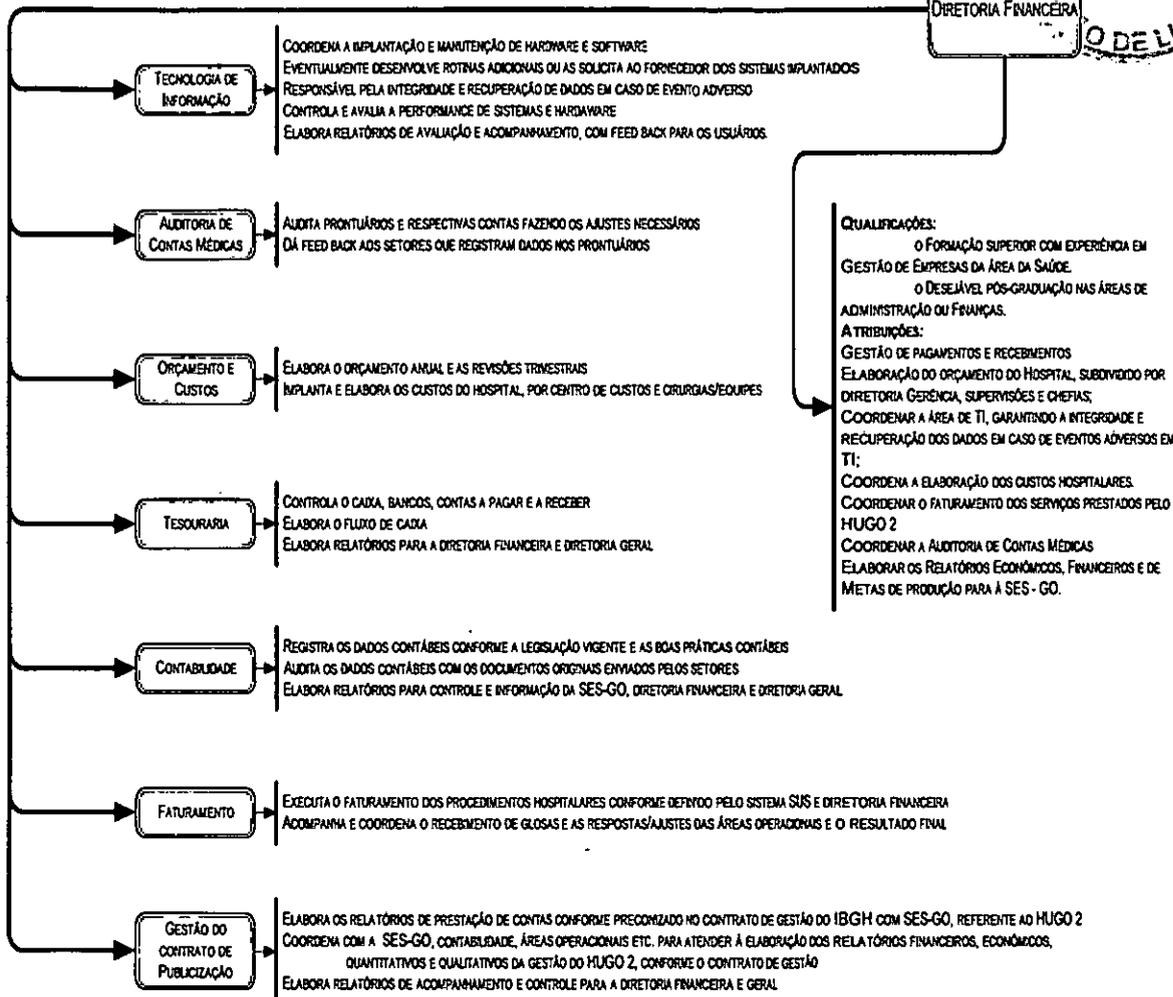




DIRETORIA FINANCEIRA – ORGANOGRAMA E ATRIBUIÇÕES

DIRETORIA FINANCEIRA

3448



3.3.1.2. DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS CARGOS

Em observância ao disposto no Instrumento de Chamamento, encontra-se descrita a estrutura diretiva proposta para gestão do hospital até o terceiro nível hierárquico organizacional.

De conformidade com o organograma, propõe-se a a estrutura diretiva já estabelecida pela configuração em três níveis, onde a estrutura mais elevada desempenha a função de Diretoria Geral, apoiado por diretores de área, a saber: **Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Diretoria Financeira**, onde cada Diretoria está estruturada afim de melhor atender as necessidades específicas de cada uma, possuindo o terceiro nível de gestão, a Gerência de Enfermagem:

ATRIBUIÇÕES FUNCIONAIS DO CORPO DIRETIVO

No organograma do HUGO 2, propomos a Diretoria Geral de Unidade, apoiada por 3 Diretorias, a saber: Diretoria Técnica que terá uma Coordenação de Enfermagem, uma Diretoria de Administrativa e uma Diretoria de Finanças:

1º NÍVEL

CARGO: Diretor Geral de Unidade

ÁREA: Administração

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretor Geral de Unidade

RESUMO DO CARGO:

Planejar, dirigir e responder pela gestão dos serviços de atendimento realizados na Unidade. Estabelecer através das unidades integrantes da Diretoria, as atividades relacionadas com recursos humanos, tesouraria, contabilidade e serviços administrativos em geral.

Assegurar condições de atendimento na Unidade, sem prejuízo da apuração penal ou civil, assim como junto ao Centro de Vigilância Sanitária do Estado, dispondo para isso dos meios adequados para o exercício desta gestão.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

Dirigir, supervisionar e controlar a operacionalização dos serviços realizados na Unidade.

Viabilizar o cumprimento das metas estabelecidas para a Gerência de Atendimento Clínico, referente ao atendimento do paciente.

✓ Assessorar a Superintendência Executiva do IBGH na formulação, estabelecimento e implementação das diretrizes e política de funcionamento





dos serviços prestados e da Unidade, objetivando um atendimento qualidade, adequado e diferenciado ao usuário.

- ✓ Promover e zelar pela qualidade do atendimento e dos serviços produzidos na Unidade.
- ✓ Analisar e propor a aplicação de novos métodos e sistemas de trabalho, bem como fiscalizar o cumprimento e resultados obtidos.
- ✓ Propor programas e metas para o desenvolvimento da Unidade, opinando sobre a melhoria da funcionalidade das instalações existentes.
- ✓ Convocar reuniões periódicas com os Gerentes subordinados, com vistas à discussão de assuntos técnicos e administrativos das áreas e o estabelecimento de planos e normas de modo a prestar adequado padrão de atendimento e resolutividade dos mesmos, analisando e avaliando a qualidade dos serviços prestados ao usuário da Instituição.
- ✓ Coordenar e orientar, junto à área de Recursos Humanos, a execução do programa de treinamento da equipe sob sua subordinação, com o objetivo de promover o aprimoramento profissional, tanto tecnicamente como no atendimento ao usuário.
- ✓ Propor à Superintendência Executiva o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e o planejamento da implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos da Instituição.
- ✓ Executar outras atribuições correlatas, a critério do Corpo Diretivo do IBGH.

INSTRUÇÃO:

Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

Relativos as condições econômico/financeira da Unidade que possam prejudicar a imagem da mesma, frente ao mercado de atuação.

ERROS:

- ✓ Relativos a tomada de decisões que acarretem prejuízos financeiros ou técnicos para a Instituição.
- ✓ Relativos a não observância de diretrizes emanadas da Superintendência Executiva.

CONTATOS:

Internos: Gerências, Diretor Geral de Unidade, demais Gestores, Coordenações, Supervisões, demais médicos e outros profissionais Instituição.

Externos: outras Instituições e profissionais de saúde.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

Curso Superior em Administração, Medicina.

Desejável Especialização em Administração Hospitalar.

Registro profissional no órgão de classe.

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

Desejável – Em administração Hospitalar.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Desejável experiência em gerenciamento de serviços clínicos hospitalares.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

Visão de planejamento estratégico e situacional.

Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.

Habilidade na condução de equipes.

Visão voltada para o acompanhamento e controle de processos.

Capacidade de trabalhar sob pressão.

Iniciativa e habilidade para administração de conflitos e resolução de problemas.

Visão e prática holística com relação à saúde.

2º NÍVEL**1) CARGO: DIRETOR TÉCNICO**

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretoria Geral

RESUMO DO CARGO:

✓ Dirigir e coordenar o Corpo Clínico e supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Unidade.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

✓ Dirigir e coordenar as atividades médicas do Corpo Clínico da Unidade, zelando pela garantia do exercício da medicina, no atendimento aos pacientes.





- ✓ Supervisionar a execução das atividades de assistência médica desenvolvidas na Unidade, envolvendo as condições materiais e humanas para a prestação dos serviços.
- ✓ Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento do Corpo Clínico.
- ✓ Contribuir para o desempenho profissional adequado dos médicos do Corpo Clínico da Instituição.
- ✓ Promover e colaborar com o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição.
- ✓ Promover e estimular o ensino e a produção científica dentro da Instituição.
- ✓ Colaborar com a administração da Unidade visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes.
- ✓ Pautar sua atuação em obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos, ao Regimento do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Unidade.

**INSTRUÇÃO:**

- ✓ Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

- ✓ Relativos aos diagnósticos dos pacientes.

ERROS:

- ✓ De natureza técnica, relativa à conduta médica, vinculada ao CRM-GO e CFM.

CONTATOS:

- ✓ Internos: Diretores, Coordenações, Supervisores, demais médicos e outros profissionais da Unidade.
- ✓ Externos: CRM-GO - Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, outras Instituições e profissionais de saúde.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

- ✓ Curso Superior em Medicina, com registro no CRM-GO.

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

- ✓ Básico em Informática (Windows – Word, Excel e Internet).
- ✓ Básico em Inglês. (Desejável).



✓Fluência verbal desenvolvida.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

✓Profissional atuante junto a atividades voltadas para Diagnóstico por Imagem.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

✓Dinamismo.

✓Planejamento e controle.

✓Habilidade na condução de equipes.

✓Percepção de planejamento estratégico e situacional.

✓Capacidade de organização voltada para o geral e para o detalhe.

✓Capacidade para o acompanhamento e controle de processos.

✓Facilidade em manter relacionamento interpessoal, visando o respeito à pessoa enquanto ser humano.

2) CARGO: DIRETOR ADMINISTRATIVO

ÁREA: Diretoria Geral

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretor Geral

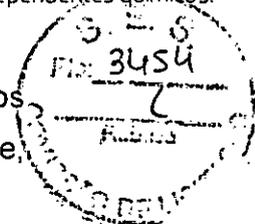
RESUMO DO CARGO:

✓Coordenar e executar, através das equipes específicas, as atividades relacionadas com RH, ouvidoria, hotelaria, manutenção, compras, almoxarifado, controle patrimonial.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

✓Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades da área administrativa em geral, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com os demais Gestores, e em rigorosa obediência às decisões fixadas pelo Conselho de Administração.

✓Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos relacionados com a Unidade.



✓ Formular, incrementar, controlar e avaliar, as ações e os serviços relacionados à sua área de atuação, observando os princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

✓ Assistir o Diretor Geral, em assuntos administrativos relacionados com os objetivos da Unidade, em particular, naqueles definidos como de responsabilidade da sua área de atuação.

✓ Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e o planejamento da implantação de sistemas funcionais.

✓ Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.

✓ Outras atividades afins.

INSTRUÇÃO:

✓ Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

✓ Relativos a informações econômico/financeiras que possam comprometer o desempenho da Instituição frente ao mercado.

ERROS:

✓ Relativos à tomada de decisões que acarretem prejuízos financeiros ou técnicos para a Instituição.

✓ Relativos a não observância de diretrizes emanadas da Diretoria Geral.

CONTATOS:

✓ Internos: Diretor Geral, Gerentes, Coordenadores e Supervisores.

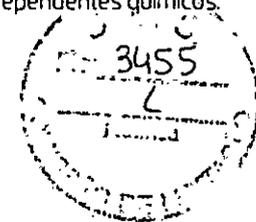
✓ Externos: fornecedores, Instituições similares, prestadores de serviços e Instituições Públicas.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

✓ Graduação em Administração de Empresas, Economia ou Ciências Contábeis.

✓ Curso de especialização em Administração Hospitalar, preferencialmente.

✓ Registro profissional no órgão de classe.

**CONHECIMENTOS TÉCNICOS:**

✓ Administração Hospitalar.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

✓ Desejável em Administração Hospitalar, em Instituições de saúde de médio ou grande porte.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

- ✓ Visão de planejamento estratégico e situacional.
- ✓ Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.
- ✓ Habilidade na condução de equipes.
- ✓ Visão voltada para acompanhamento e controle de processos.
- ✓ Capacidade desenvolvida para atuar com atividades que envolvam raciocínio numérico e matemático.
- ✓ Facilidade em manter relacionamento interpessoal.

2) CARGO: DIRETOR FINANCEIRO

ÁREA: Diretoria Geral

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretor Geral

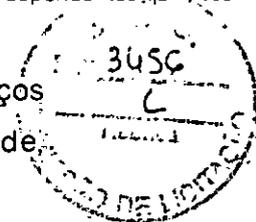
RESUMO DO CARGO:

✓ Coordenar e executar, através das equipes específicas, as atividades relacionadas com tesouraria, contabilidade, contas a pagar, contas a receber, TI, contas hospitalares e gestão de orçamento.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- ✓ Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades da área financeira e administrativa em geral, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com os demais Gestores, e em rigorosa obediência às decisões fixadas pelo Conselho de Administração.
- ✓ Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos relacionados com a Unidade.





✓ Formular, incrementar, controlar e avaliar, as ações e os serviços relacionados à sua área de atuação, observando os princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, legalidade e eficiência.

✓ Assistir o Diretor Geral, em assuntos financeiros relacionados com os objetivos da Unidade, em particular, nos de natureza econômica e/ou financeira.

✓ Apresentar à Diretoria Geral, para apreciação e encaminhamento, os resultados financeiros devidamente contabilizados.

✓ Encaminhar anualmente, através da Diretoria Geral, o balanço bem como os demais demonstrativos financeiros e contábeis, para a Gestão Superior do IBGH.

✓ Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e o planejamento da implantação de sistemas funcionais e gerenciais da Instituição através de TI.

✓ Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros.

✓ Outras atividades afins.

INSTRUÇÃO:

✓ Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

✓ Relativos a informações econômico/financeiras que possam comprometer o desempenho da Instituição frente ao mercado.

ERROS:

✓ Relativos à tomada de decisões que acarretem prejuízos financeiros ou técnicos para a Instituição.

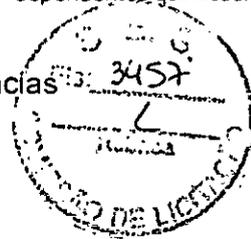
✓ Relativos a não observância de diretrizes emanadas da Diretoria Geral.

CONTATOS:

✓ Internos: Diretor Geral, Gerentes, Coordenadores e Supervisores.

✓ Externos: fornecedores, Instituições similares, prestadores de serviços e Instituições Públicas.

FORMAÇÃO ESCOLAR:



✓ Graduação em Administração de Empresas, Economia ou Ciências Contábeis.

✓ Curso de especialização em Administração Hospitalar, preferencialmente.

✓ Registro profissional no órgão de classe.

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

✓ Administração Hospitalar.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

✓ Desejável em administração Hospitalar, em Instituições de saúde de médio ou grande porte.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

✓ Visão de planejamento estratégico e situacional.

✓ Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.

✓ Habilidade na condução de equipes.

✓ Visão voltada para acompanhamento e controle de processos.

✓ Capacidade desenvolvida para atuar com atividades que envolvam raciocínio numérico e matemático.

✓ Facilidade em manter relacionamento interpessoal.

3º NÍVEL**1) CARGO: GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**

RESPONSÁVEL DIRETO: Diretor Técnico

RESUMO DO CARGO:

▪ Planejar, organizar, normatizar, dirigir, supervisionar e avaliar todas as atividades de enfermagem da Unidade, tanto na área de assistência ao paciente como nas demais atividades nas quais há atuação de profissionais da enfermagem, tais como: cuidado ao paciente, atividades científicas, treinamentos, seleção, capacitação, pesquisas, programas de qualidade, etc.

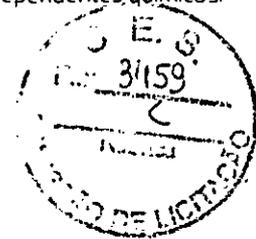
PRINCIPAIS ATIVIDADES:

▪ Planejar, organizar, dirigir e avaliar o Serviço de Enfermagem.



- Organizar, orientar, supervisionar e avaliar as atividades de enfermagem.
- Definir quadro de pessoal necessário para o adequado funcionamento de cada serviço de enfermagem.
- Definir as atribuições do pessoal de enfermagem.
- Distribuir os Enfermeiros e Técnicos de enfermagem de acordo com suas atribuições.
- Participar do processo de seleção do pessoal de enfermagem.
- Realizar avaliações de desempenho dos profissionais de enfermagem, em conjunto com os coordenadores de áreas.
- Elaborar escala de férias anuais dos profissionais de enfermagem, em conjunto com os coordenadores de áreas.
- Definir o regime de trabalho mais adequado para as necessidades da Unidade, de acordo com a legislação vigente.
- Elaborar normas e rotinas para o serviço de enfermagem.
- Promover e colaborar com o aperfeiçoamento técnico do corpo de enfermagem, com vistas à qualificação do cuidado.
- Cooperar no planejamento, implementação, avaliação dos programas de educação em serviço, específicos de enfermagem e de outras áreas.
- Desenvolver atividades de estudos e pesquisas em assuntos de enfermagem.
- Promover e assegurar condições necessárias para os profissionais de enfermagem desempenhar com qualidade suas funções.
- Promover reuniões periódicas com a equipe de enfermagem.
- Apresentar relatório periódico, das atividades da Coordenação de Enfermagem à Diretoria Técnica.
- Representar junto à administração e outros órgão oficiais, a Coordenação da Enfermagem, quando solicitado.
- Responder perante o Conselho Regional de Enfermagem, seção Goiás, pelo cumprimento dos princípios éticos de enfermagem, na Instituição.
- Cumprir e fazer cumprir normas e regulamentos da Unidade.

INSTRUÇÃO:



✓ Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

✓ Relativo aos diagnósticos dos pacientes.

✓ Relativos a colaboradores.

ERROS:

✓ Decisões inadequadas na gestão comprometendo a imagem do Serviço de Enfermagem e da Instituição, por consequência.

CONTATOS:

✓ Internos: Diretores, coordenadores e demais profissionais da Unidade.

✓ Externos: COREN, ABEN, sindicato, universidades, outras instituições e profissionais de saúde, representantes de produtos médico-hospitalares.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

✓ Graduação em Enfermagem.

✓ Registro no COREN-GO.

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

✓ Administração Hospitalar e/ou de Sistemas de Saúde.

✓ Capacitação em Sistematização da Assistência de Enfermagem

✓ Informática

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

✓ Mínimo de seis meses em chefia de serviços na área hospitalar.

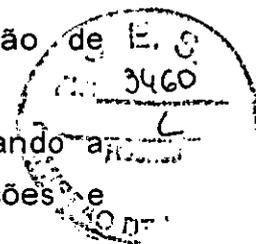
✓ Atuação como enfermeiro em instituições de saúde, por pelo menos seis meses.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

- Dinamismo e iniciativa
- Habilidade na condução de equipes.
- Habilidade para relacionamento pessoal em diferentes níveis.
- Visão de planejamento estratégico e situacional.
- Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.



- Iniciativa para administração de conflitos e solução de problemas.
- Elaborar rotinas para preparo de pacientes, observando a natureza do exame a ser realizado, para prevenir complicações e intercorrências.
- Emitir os laudos dos exames realizados.
- Emitir relatórios mensais das atividades desenvolvidas e enviar ao superior imediato para análise e posterior encaminhamento à Diretoria Geral da Unidade.
- Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas, regulamentos e dos Regimentos do Corpo Clínico e Interno do Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime.
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Habilidade em orientar e esclarecer.

**2) CARGO: COORDENADOR DE RECURSOS HUMANOS****RESPONSÁVEL DIRETO:** Diretor de Administrativo**RESUMO DO CARGO:**

Analisar e viabilizar todo e qualquer processo implantado ou em curso, referente a estruturação e caracterização de todo o processo de contratação, demissão, folgas, férias, substituição, planos de benefícios e demais processos, obedecendo determinações legais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- Manusear e adequar produtivamente recursos a partir da política – administrativa da Instituição.
- Apresentar pontualmente o registro, o protocolo e o arquivo de informações, mantendo-o atualizado.
- Desenvolver ações práticas, minimizando ou extenuando problemas relativos à procedimentos, avaliando os riscos e as oportunidades.
- Proceder a alterações e/ou implementar ações pautadas por estudo minucioso e embasamento técnico e legal.



- Observar a necessidade de atualização e quaisquer alterações necessárias quanto a remuneração funcional (mercado); remuneração por habilidades (segundo descrição de cargos) e remuneração indireta (benefícios).

INSTRUÇÃO:

- ✓ Nível Superior.

DADOS CONFIDENCIAIS:

Informações registradas de caráter sigiloso, pertinente a recursos financeiros da Instituição e projetos implantados ou em curso.

ERROS:

Medidas administrativas equivocadas, armazenamento e manuseio inadequado de informações, previsão de recursos incompatíveis com a realidade da instituição.

CONTATOS:

- Internos: colaboradores da Instituição.
- Externos: pesquisas de campo em organizações, Instituições de Ensino.

FORMAÇÃO ESCOLAR:

- ✓ Graduação em Administração ou Administração em Recursos Humanos ou Psicologia.
- ✓ Registro no Conselho da classe profissional

CONHECIMENTOS TÉCNICOS:

- ✓ Administração Hospitalar e/ou de Sistemas de Saúde.
- ✓ Capacitação em ferramentas de RH
- ✓ Informática

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

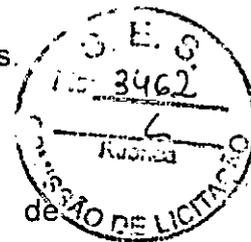
- ✓ Mínimo de seis meses em chefia de serviços na área Hospitalar.
- ✓ Atuação como enfermeiro em Instituições de Saúde, por pelo seis meses.

ASPECTOS PESSOAIS PARA EXECUÇÃO DA FUNÇÃO:

- Dinamismo e iniciativa
- Habilidade na condução de equipes.



- Habilidade para relacionamento pessoal em diferentes níveis.
- Visão de planejamento estratégico e situacional.
- Visão de organização voltada para o geral e o detalhe.
- Iniciativa para administração de conflitos e solução de problemas.
- Emitir relatórios mensais das atividades desenvolvidas e enviar ao superior imediato para análise e posterior encaminhamento à Diretoria Geral da Unidade.
- Cumprir e zelar pelo cumprimento das normas, rotinas, regulamentos e dos Regimentos do Corpo Clínico e Interno do Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime.
- Executar outras atribuições correlatas, a critério do superior imediato.
- Habilidade em orientar e esclarecer.



3.3.1.3. CORPO TÉCNICO E PONTUAÇÃO

INFORMAMOS ABAIXO, EXPRESSAMENTE, A RELAÇÃO DE MEMBROS DO CORPO TÉCNICO QUE PONTUARÃO NA NOSSA PROPOSTA CONFORME PRECONIZADO NO CHAMAMENTO EM TELA. /

a) Profissionais da estrutura Diretiva (2 primeiros níveis) que pontuarão:

1. Diretor Geral: Dr. Antonio Pires Barbosa
2. Diretor Técnico: Dr. João Henrique Castro
3. Diretor Administrativo: Mauro Valezin
4. Diretor Financeiro: Marco Fábio Mello Sinisgalli

b) Profissionais indicados para as Chefias dos Serviços:

1. Serviço de Urgência/Emergência:
 - Chefe 1: Dr. Enio Chaves de Oliveira;
 - Chefe 2: Dr. Alex Caetano dos Santos;
 - Chefe 3: Dr. Kennedy Carlos da Costa Silva.
2. Serviço da Unidade de Queimados:
 - Chefe 1: Dra. Adriana Gondim do Amaral;



Chefe 2: Dr. Armando Teixeira de Sousa Neto;

Chefe 3: Dr. Antônio Piccolo Neto.

3. Serviço de UTI:

Chefe 1: Dr. Alexandre Amaral;

Chefe 2: Dra. Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho;

Chefe 3: Dr. Ronaldo Coutinho Seixo de Brito Junior.

4. Serviço em Residência Médica:

Chefe 1: Dr. Paulo Roberto Cunha Vêncio;

Chefe 2: Dr. Sérgio Mota da Silva Júnior;

Chefe 3: Dra. Maria de Fátima do Nascimento Silva Delfino.

A apresentação da qualificação técnica detalhada juntamente com os documentos comprobatórios dessa qualificação encontram-se em anexo a essa proposta.

**3.3.2. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO
EQUIPE INTERDISCIPLINAR****3.3.2.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO****3.3.2.2. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR
ÁREA****PRONTO ATENDIMENTO**

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Assistente Social Diurno	P 12 x 36	1	2	CLT
Assistente Social Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Lider Administrativo	P 12 x 36	1	2	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	CLT
Enfermeiro Plantonista Diurno	D 36	3	6	CLT
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	3	6	CLT
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	CLT
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	4	8	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	4	8	CLT
Plantonista de Cirurgião Geral	P 12 H	4	8	CLT
Plantonista de Clínica Médica	P 12 H	4	8	CLT
Plantonista de Ortopedia	P 12 H	4	8	CLT
Plantonista de Neurocirurgia	P 12 H	2	4	CLT
Plantonista de Cirurgia Vascular	P 12 H	1	2	CLT
Plantonista de Clínica Pediátrica	P 12 H	3	6	CLT
Plantonista de Cirurgia Pediátrica	P 12 H	1	2	CLT

O atendimento estará disponível 24 horas por dia 7 dias por semana:

Os quarenta e cinco médicos acima citados devem ter Residência Médica completa na sua Especialidade. (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular).

Serão contratados pelo regime da CLT de acordo com a legislação trabalhista em vigor, com cálculo de salário sobre 180 horas de trabalho por mês.

UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO



13.03.09
3405
L
DE

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Enfermeiro Coordenador das UTIs	D 36	1	1	CLT
Enfermeiro Intensivista líder de UTI	D 36	4	4	CLT
Enfermeiro Intensivista Plantão Diurno	D 36	4	8	CLT
Enfermeiro Intensivista Plantão Noturno	P 12 x 36	4	8	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	20	40	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	20	40	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	4	4	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	4	8	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	4	8	CLT
Médico Chefe das UTIs Adulto	D 24	1	1	CLT
Médico Chefe da UTI Pediátrica (RT)	D 24	1	1	CLT
Médico Intensivista Diarista (RT)	D 36	4	4	CLT
Médico Intensivista Plantonista	P 12	16	16	CLT
Fisioterapeuta diurno	P 12 x 36	4	8	CLT

CENTRO CIRÚRGICO, RPA E CME

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Enfermeiro Coordenador do CC e RPA	D 36	1	1	CLT
Enfermeiro Supervisor de CME	D 36	1	1	CLT
Enfermeiro Plantão Diurno	D 36	6	12	CLT
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	3	6	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	22	44	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	14	28	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno - Rotina	D 44	2	2	CLT
Médico Chefe do Serviço de Anestesia	D 24	1	1	CLT
Médico Anestesiologista Dom	P 12	4	8	CLT
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Diurno	P 12	8	8	CLT
Médico Anestesiologista 2ª a Sab Noturno	P 12	8	8	CLT

Os médicos Anestesiologistas terão que ter Título de Especialista e serão contratados da forma adequada de acordo com as leis trabalhistas.

ALAS DE INTERNAÇÃO – CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS

A Assistência Médica ao paciente é da responsabilidade do médico assistente e da sua equipe.

A visita diária, anamnese, exame físico, procedimentos (se necessários) e anotação de evolução e prescrição no prontuário, são parte da rotina de assistência médica que deverá ser seguida pela equipe responsável pela internação do paciente.

[Handwritten signatures]



Se durante a internação houver alguma intercorrência, a enfermeira da ala chamará o médico plantonista da equipe de plantão das alas de internação.

O mesmo, após avaliação do paciente, tomará conduta se o caso for de urgência ou aciona a Equipe Responsável pelo paciente para discussão do caso e eventual conduta.



CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	10	10	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	2	2	CLT
Enfermeiro Diarista Manhã	D 36	30	30	CLT
Enfermeiro Diarista Tarde	D 36	15	15	CLT
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	15	30	CLT
Enfermeiro Encarregado de Andar	D 36	4	4	CLT
Enfermeiro Supervisor de Serviço	D 36	1	1	CLT
Técnico de Enfermagem Manhã	D 36	75	75	CLT
Técnico de Enfermagem Tarde	D 36	45	45	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	45	90	CLT
Fisioterapeuta	D 44	10	10	CLT
Chefe de Equipe de Plantão	D 24	1	1	CLT
Médico Plantonista de Clínica Médica Diurno	P 12	2	2	CLT
Médico Plantonista de Clínica Médica Noturno	P 12	2	2	CLT
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Diurno	P 12	2	2	CLT
Médico Plantonista de Clínica Cirúrgica Noturno	P 12	2	2	CLT
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Diurno	P 12	2	2	CLT
Médico Plantonista de Clínica Ortopédica Noturno	P 12	2	2	CLT
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	CLT

Esta equipe médica constitui uma unidade de plantonistas independente do Pronto Atendimento

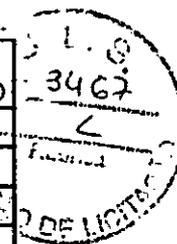
Os médicos Plantonistas das Unidades de Internação (Alas) terão que ter residência completa e serão contratados da forma adequada de acordo com as leis trabalhistas.

UNIDADE DE QUEIMADOS

A equipe médica da Unidade de Queimados será montada pela Especialidade de Cirurgia Plástica com a presença de plantonista 24 horas por dia.



CATEGORIA	HORAS	QTD/ PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Enfermeiro Coordenador da UTQ	D 36	1	1	CLT
Enfermeiro Intensivista líder de UTQ	D 36	1	2	CLT
Enfermeiro Plantão Diurno	D 36	2	4	CLT
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	7	14	CLT
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	7	14	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno – Rotina	D 40	2	2	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Fisioterapeuta diurno	D 36	1	2	CLT
Médico Cirurgião Plástico	P 12	1	2	CLT



Terá o suporte de Intensivista, nefrologista e anestesista.

AMBULATÓRIOS

A estrutura reservada para esta atividade permite que parte dela seja utilizada como complemento do PA, funcionando 24 horas por dia, recepcionando aqueles pacientes com classificação de risco Azul ou Verde que, em princípio, não necessitam de infraestrutura mais capacitada, tecnicamente, para o seu atendimento.

Sendo assim, reservamos seis salas de consultório para essa atividade, onde equipes de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ortopedia, farão o atendimento de pacientes triados, 24 horas por dia.

Nas outras 14 salas de atendimento médico e não médico (Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Orientação Nutricional etc.) serão atendidos os pacientes egressos de internações anteriores, de atendimentos no PA e também pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual nas seguintes especialidades:

Clínica Pediátrica	Cirurgia Pediátrica
Clínica Médica	Cirurgia Cirúrgica
Neurologia Clínica	Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia	Cirurgia Bucomaxilofacial

Proctologia	Cirurgia Torácica
Urologia	Cardiologia
Gastroenterologia	Neurologia Cirúrgica
Pneumologia	Vascular Clínico e Cirúrgico
Nefrologia	Endocrinologia
Hematologia	Cirurgia Cardíaca
Anestesiologia – Consultas pré-cirúrgicas	



CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Assistente Social Diurno	D 44	1	1	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	2	2	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT
Auxiliar Administrativo Rotina	D 36	9	9	CLT
Enfermeiro Plantonista Diurno	D 36	4	4	CLT
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	CLT
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	4	8	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT

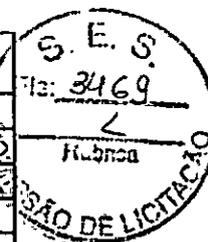
RAIOS-X (RADIOLOGIA CONVENCIONAL)

Um radiologista em regime de plantão para atender necessidades específicas de atendimento de urgência do PA ou das Alas de Internação, com a finalidade de tirar dúvidas dos médicos assistentes.

Os laudos serão dados através de serviço de Tele Radiologia a ser montado para cobertura dos serviços de Raios-X e Tomografia.



CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO	TOTAL CORRIGIDO
Técnico de RX	D 4	6	36	CLT	43
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT	3
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	CLT	3
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT	2
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	CLT	3
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	CLT	3
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT	3

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Um médico radiologista de plantão para acompanhamento de exames e laudos provisórios de urgência. Os laudos definitivos serão liberados pelo Serviço de Tele Radiologia.

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Biomédicos Diurno	D 6	2	4	CLT
Biomédicos Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	CLT
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT
Médico Radiologista	P 12	1	4	CLT

Tanto os exames de Tomografia Computadorizada como os de Raios-X, permitem, não só a elaboração de laudos em sistema de Central de Laudos como a liberação para as alas de internação, UTIs e CC, das imagens em sistema, diminuindo o consumo de filme e reveladores.

ULTRASSONOGRRAFIA

O ultrassom é uma modalidade "operador-médico" dependente. Além disso, existem várias áreas de expertise que são próprias da especialidade e, sendo assim, temos que dividir as agendas dessas duas salas entre essas várias áreas.

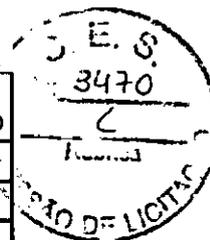
- Vascular
- Ginecologia
- Abdominal
- Músculo esquelético



- Tórax

- Peroperatório

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 36	2	4	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	CLT
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	CLT
Médico Ultrassonografista Diurno	P 6	4	8	CLT
Médico Ultrassonografista Noturno	P 12	2	4	CLT

**ELETROCARDIOGRAMA**

Um médico de plantão para laudar os exames do dia anterior. Os exames de urgência serão laudados pelo cardiologista de plantão no PA.

ERGOMETRIA

É um exame "operador-médico" dependente. Exige um médico cardiologista na realização dos exames. Dois cardiologistas com período de 6 Horas. Não tem serviço de urgência.

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	CLT
Médico Cardiologista Diurno	P 6	2	2	CLT

ECODOPPLERCARDIOGRAMA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	CLT
Médico Cardiologista Diurno	D 36	2	2	CLT
Médico Cardiologista	à disposição	2	2	CLT



CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	CLT
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Supervisor Administrativo	D 44	1	1	CLT
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Diurno	D 36	3	6	CLT
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Noturno	P 12 x 36	1	2	CLT
Técnico de Enfermagem Diurno (Repouso)	D 36	2	2	CLT
Médico Endoscopista Diurno	P 6	3	6	CLT
Médico Endoscopista Noturno	À Disposição	1	2	CLT
Médico Anestesiologista	À Disposição	1	2	CLT

BRONCOSCOPIA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	CLT
Médico Broncoscopista Diurno	À Disposição	1	2	CLT
Médico Broncoscopista Noturno	À Disposição	1	2	CLT
Médico Anestesiologista	À Disposição	1	2	CLT

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

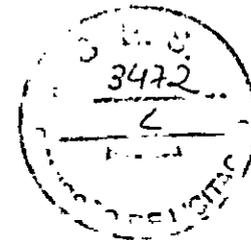
CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	MODELO DE CONTRATAÇÃO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	CLT
Médico Nefrologista Diurno	P 6	2	2	CLT
Médico Nefrologista Noturno	P 12	2	2	CLT
Médico Nefrologista Noturno	À Disposição	1	1	CLT

EQUIPES DE RETAGUARDA E DIARISTAS

As equipes médicas responsáveis pelos pacientes internados, e que fazem parte da lista a seguir,



Especialidades	Chefe de Equipe	Assistentes	Plantonistas
Cardiologia	1	2	4
Cirurgia Bucomaxilofacial	1	2	2
Cirurgia Cardíaca	1	2	4
Cirurgia Geral	1	2	6
Cirurgia Pediátrica	1	2	4
Cirurgia Plástica	1	2	4
Cirurgia Torácica	1	2	2
Cirurgia Vascular	1	2	4
Clínica Médica	1	2	6
Clínica Pediátrica	1	2	4
Clínica Vascular	1	2	2
Endocrinologia	1	2	2
Gastroenterologia	1	2	2
Hematologia	1	2	2
Nefrologia	1	2	2
Neurologia Clínica	1	2	2
Neurocirurgia	1	2	4
Ortopedia/Traumatologia	1	2	6
Pneumologia	1	2	2
Proctologia	1	2	2
Urologia	1	2	2



Esta expectativa de número de médicos plantonistas / diaristas, deverá ser revista de acordo com o perfil de pacientes que se for desenhando com o tempo.

O Chefe de Equipe deverá ter Título de Especialista na especialidade, liderança reconhecida na comunidade médica de Goiás e capacidade de organização administrativa.

Terá uma carga horária de 24 Horas Semanais e contratação pelas CLT, com remuneração a ser definida.

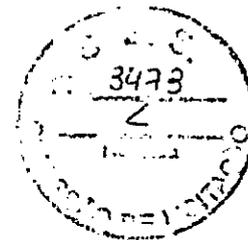
Os Assistentes deverão ter Título de Especialista. Terão carga horária de 36 horas semanais e serão contratados, de acordo com a legislação vigente, pela CLT, com remuneração a ser definida.

Os plantonistas deverão ter Residência Médica concluída na especialidade. Terão carga horária variável de acordo com as definições do chefe de equipe sobre a forma de distribuição de tarefas, com remuneração a ser definida.

QUADRO RESUMO



CATEGORIA	QUANTIDADE
Médico Plantonistas	172
Medicos de Retaguarda	131
Total	302


QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA
PRONTO ATENDIMENTO

CATEGORIA	HÓRAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Assistente Social Diurno	P 12 x 36	1	2	3
Assistente Social Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Líder Administrativo	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	3
Enfermeiro Plantonista Diurno	D 36	3	6	7
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	3	6	7
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	3
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	4	8	9
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	4	8	9

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)



UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Enfermeiro Coordenador das UTIs	D 36	1	1	2
Enfermeiro Intensivista Líder de UTI	D 36	4	4	5
Enfermeiro Intensivista Plantão Diurno	D 36	4	8	9
Enfermeiro Intensivista Plantão Noturno	P 12 x 36	4	8	9
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	D 36	20	40	48
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	20	40	48
Lider Administrativo	D 44	4	4	5
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	4	8	9
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 37	4	8	9

Odontólogo 2
A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

Os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem terão que ter experiência em Cuidados Intensivos.

CENTRO CIRÚRGICO E RPA

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Enfermeiro Coordenador do CC e RPA	D 40	1	1	2
Enfermeiro Plantão Diurno	P 12 x 36	4	8	9
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	P 12 x 36	18	36	43
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	12	24	28
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Diurno – Rotina	D 44	2	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)



CME

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Enfermeiro Coordenador da CME	D 36	1	1	2
Enfermeiro líder de CME Diurno	D 36	2	2	3
Enfermeiro líder de CME Diurno	P 12 x 36	1	2	3
Enfermeiro Diurno	D 36	2	4	5
Enfermeiro Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	6	6	7
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3

3475
NOTAÇÃO

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

O Centro Cirúrgico e a CME funcionarão 24 horas por dia 7 dias por semana, para realização de procedimentos cirúrgicos de urgência e eletivos, e garantir o fornecimento de materiais esterilizados para todas as áreas do HUGO 2.

ALAS DE INTERNAÇÃO – CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	10	10	12
Lider Administrativo	D 44	2	2	3
Enfermeiro Diarista Manhã	D 36	30	30	36
Enfermeiro Diarista Tarde	D 36	15	15	18
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	15	30	36
Enfermeiro Encarregado de Andar	D 36	4	4	5
Enfermeiro Supervisor de Serviço	D 36	1	1	2
Técnico de Enfermagem Manhã	D 36	75	75	90
Técnico de Enfermagem Tarde	P 12 x 36	45	45	54
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	45	90	108
Fisioterapeuta	D 36	10	10	12

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

Todas as rotinas de atendimento de Enfermagem encontram-se no Manual de Norma e Procedimentos e Nos Procedimentos de Enfermagem.

[Handwritten signature]


UNIDADE DE QUEIMADOS

CATEGORIA	HORAS	QTD/PLANTÃO	TOTAL	Total Corrigido
Enfermeiro Coordenador da UTQ	D 36	1	1	2
Enfermeiro Intensivista líder de UTQ	P 12 x 36	1	2	3
Enfermeiro Plantão Diurno	P 12 x 36	2	4	5
Enfermeiro Plantão Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Técnico de Enfermagem Plantão Diurno	P 12 x 36	7	14	16
Técnico de Enfermagem Plantão Noturno	P 12 x 36	7	14	16
Auxiliar Administrativo Diurno – Rotina	D 40	2	2	3
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Fisioterapeuta diurno	P 12 x 36	1	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

AMBULATÓRIOS

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Assistente Social Diurno	P 12 x 36	1	2	3
Assistente Social Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Líder Administrativo	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	3
Enfermeiro Plantonista Diurno	D 36	3	6	7
Enfermeiro Plantonista Noturno	P 12 x 36	3	6	7
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	3
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	4	8	9
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	4	8	9

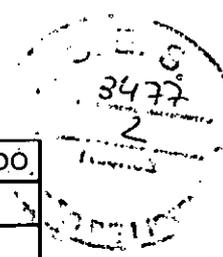
A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)


LABORATÓRIO

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	2	4	5
Lider Administrativo	D 44	1	2	3
Biomédico Gestor	D 44	1	1	1
Biomédico Líder de Setor	D 36	6	6	7
Biomédico Analista Nível Superior	D 36	5	10	12
Analista Nível Técnico	D 36	6	12	14
Auxiliar de Laboratório	D 36	10	20	24
Analista Nível Técnico folguista	D 36	4	8	9

RAIOS-X (RADIOLOGIA CONVENCIONAL)

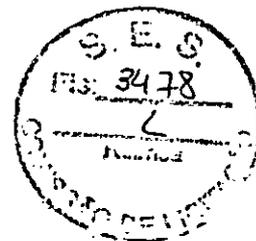
CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Técnico de RX	D 4	6	36	43
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Rotina	D 44	2	2	3
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	3
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	3
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	3



[Handwritten signature]


TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Biomédicos Diurno	D 6	2	4	5
Biomédicos Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 36	2	4	5
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Enfermeiro Encarregado Diurno	D 36	1	2	3
Enfermeiro Encarregado Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	3
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	5



A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

ULTRASSONOGRAFIA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	P 12 x 35	2	4	5
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	3
Técnico de Enfermagem Noturno	P 12 x 36	2	4	5

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

ELETROCARDIOGRAMA

Não são necessários funcionários assistenciais dedicados para a atividade, pois ela pode fazer parte da rotina dos mesmos nas áreas onde se encontram.

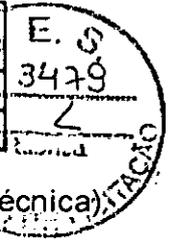
ERGOMETRIA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno	D 36	2	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

ECODOPPLERCARDIOGRAMA

CATEGORIA	HDRAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	3
Médico Cardiologista Diurno	D 36	2	2	3



A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	3
Auxiliar Administrativo Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Lider Administrativo	D 44	1	1	2
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Diurno	D 36	3	6	7
Técnico de Enfermagem (Auxiliar de Sala) Noturno	P 12 x 36	1	2	3
Técnico de Enfermagem Diurno (Repouso)	D 36	2	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

BRONCOSCOPIA

Não são necessários funcionários assistenciais dedicados para a atividade, pois ela pode fazer parte da rotina dos mesmos nas áreas onde se encontram.

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

CATEGORIA	HORAS	QUANTIDADE / PLANTÃO	TOTAL	TOTAL CORRIGIDO
Auxiliar Administrativo Diurno	D 44	2	2	3

A coluna de total corrigido tem acréscimo de 20% de IST (Índice de Segurança Técnica)

Os restantes funcionários assistenciais pertencem ao quadro das UTIs e UTQ.



QUADRO RESUMO DO PESSOAL TÉCNICO

CATEGORIA	QUANTIDADE
Técnico de Enfermagem Total	533
Enfermeiro Total	217
Auxiliar Administrativo Total	180
Técnico de Raios-X Total	43
Técnico de Farmácia Total	34
Biomédico Total	28
Líder Administrativo Total	28
Auxiliar de Laboratório Total	24
Fisioterapeuta Total	24
Analista de Laboratório Total	23
Farmacêutico Total	12
Assistente Social Total	8
Total	1154

**3.3.2.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA**

Os protocolos assistenciais utilizados pelo IBGH baseiam-se nos protocolos divulgados pelo Ministério da Saúde, porém é necessário, periodicamente, atualizá-los conforme a evolução da medicina ocorre nas diversas especialidades em termos de materiais, medicamentos, técnicas cirúrgicas etc.

Cada sociedade de especialidade médica divulga, periodicamente, novos protocolos que passam a ser os utilizados pela comunidade médica e hospitalar no Brasil.

De toda a forma, para efeito da presente proposta, entendemos que a apresentação dos protocolos assistenciais que cobrem todo o espectro de clínicas atende aos requisitos do chamamento 003/2014 - Republicação.

Os protocolos clínicos apresentados são:

APÊNDICE I: Protocolos Clínicos de Urgência em Clínica Médica;

APÊNDICE II: Protocolos Clínicos de Urgência em Clínica Cirúrgica;

APÊNDICE III: Protocolos Clínicos de Urgência Cardio Vascular;



APÊNDICE IV: Protocolos Clínicos de Síndromes Coronarianas Agudas;

APÊNDICE V: Protocolos Clínicos de Infarto Agudo do Miocárdio e Outras
Síndromes Coronarianas Agudas;

APÊNDICE VI: Protocolos Clínicos de Traumato Ortopedia;

APÊNDICE VII: Protocolos Clínicos de Urgências Vasculares;

APÊNDICE VIII: Protocolos Clínicos de Neurologia Clínica e Cirúrgica;

APÊNDICE IX: Protocolos Clínicos de Atendimento a Sepses Grave e Choque
Séptico;

APÊNDICE X: Protocolos Clínicos de Unidade de Terapia Intensiva;

APÊNDICE XI: Protocolos Clínicos de Atendimento a Queimados;

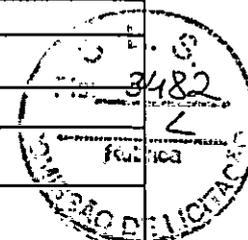
Nos casos de indicação de exames e / ou procedimentos para os quais não
estejamos equipados como Ressonância Magnética ou Serviço de
Hemodinâmica dentre outros, serão feitos acordos com Serviços Públicos,
entidades filantrópicas ou instituições privadas que façam atendimento SUS, no
sentido de atender à recomendação do protocolo técnico e agilizar o
atendimento dos pacientes atendidos no HUGO 2.

3.3.2.4. ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE





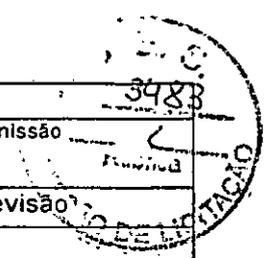
HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas Centro Cirúrgico	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		No:	Data:
<p>Horário de funcionamento da área/serviço 24h por dia 7 dias por semana</p>			
<p>Clientes da área/serviço Pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, - Usuários do serviço</p>			
<p>Normas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro do cartão de ponto na entrada e saída do plantão obrigatório; • Uniformização obrigatória completa (com touca e pró-pé) • Cumprimento da RDC 32 da ANVISA no que tange ao uso de acessórios de vestuário • A revisão diária dos equipamentos, sob sua responsabilidade, é obrigação dos funcionários do CC. • Fazer leitura e registro diário no Livro de Ocorrências; • Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão; • É vedado trazer alimentos para dentro do CC • Cumprir os horários de entrega e recebimento de materiais; • A saída do CC dentro dos horários de serviço apenas é permitida com autorização da chefia. • Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho; • As trocas de plantão são permitidas desde que autorizadas pela chefia do setor. • A entrada no CC pressupõe cadastro na recepção do mesmo e autorização da chefia do setor. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





ROTINAS DO CENTRO CIRÚRGICO

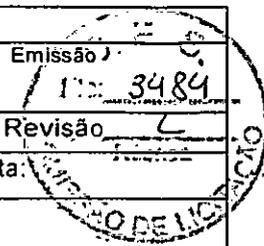
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.1 3483	
		Emissão	Revisão
Recebimento de plantão dos técnicos de enfermagem		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Sequência de serviço sem interrupção.			
Recursos Necessários Livro de registro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber o plantão; • Ler o Livro de Registro de Ocorrências; • Verificar o mapa cirúrgico; • Verificar salas cirúrgicas a seu cargo; • Acompanhar a higienização da sala de cirurgia após cada procedimento; • Verificar caixa de instrumental antes de cada procedimento; • Atender solicitações da equipe médica e de Anestesia; • Verificar roupas, laps e compressas cirúrgicas. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao verificar o mapa cirúrgico e a sala de cirurgia a fim de evitar a falta de material e/ou medicamentos necessários; • Atenção ao trocar a cal sodada para que a identificação no frasco seja feita de forma correta; • Atenção ao verificar a caixa de instrumental cirúrgico para que não haja transtornos na hora do procedimento; • Após cada procedimento cirúrgico enviar os instrumentais para a CME para desinfecção e esterilização. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se a maleta de anestesia vier com o lacre rompido, devolver para a farmácia e solicitar outra maleta de anestesia; • Se não houver roupas, laps e compressas em quantidades necessárias, solicitar aos respectivos setores a reposição das mesmas; • Informar à chefia imediata toda e qualquer intercorrência na unidade. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



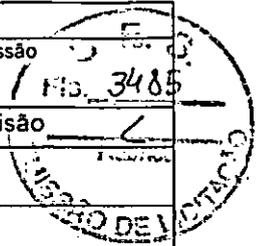
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.2	
		Emissão: 1: 3484	Revisão: 2
Recebimento de plantão pela enfermeira		No:	Data:
Executante Enfermeira Chefe do Centro Cirúrgico.			
Resultados esperados Garantir a continuidade do bom funcionamento do setor e que todas as normas do setor sejam cumpridas.			
Recursos Necessários Mesa, cadeira, telefone, fichas e material de reposição.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se todos os equipamentos estão em perfeito funcionamento; • Supervisionar o serviço das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem durante o plantão; • Conferir as planilhas de gastos; • Controlar os psicotrópicos; • Verificar o carro de emergência, fazendo as reposições necessárias. • Lacrar o carro de emergências após reposição ou uso. • Supervisionar organização e higiene do CC; • Conferir cumprimento de escalas e presenças; • Verificar o mapa cirúrgico; • Supervisionar o serviço dos técnicos de enfermagem; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Encaixe de procedimentos cirúrgicos de urgência; • Conferência de psicotrópicos. • Verificação dos equipamentos de suporte avançado de vida, incluindo o carro de emergência; 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar o serviço de manutenção quando algum equipamento apresentar defeito; • Informar à farmácia e à Gerência de Enfermagem inadequações na quantidade de psicotrópicos; • Comunicar à Gerência de Enfermagem toda e qualquer intercorrência; 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



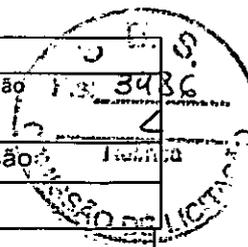
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.3	
		Emissão	3485
Conferência do carro e material de anestesia		Revisão	
		No:	Data:
Executante Médico anestesista.			
Resultados esperados Garantir o perfeito funcionamento do equipamento anestésico.			
Recursos Necessários Carro de anestesia.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Executar testes diários em todos os equipamentos e materiais do carro de anestesia; • Registrar diariamente o resultado dos testes realizados no carro de anestesia; • Controlar o uso da cal sodada. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento dos equipamentos • Prazos de validade de drogas. 			
Ações em caso de não conformidade Informar a Coordenação de Enfermagem sobre qualquer inadequação para que seja providenciada Manutenção ou substituição de equipamento ou droga.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

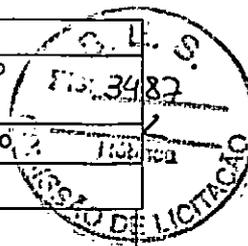


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.4	
		Emissão	13/3486
Assistência de enfermagem no pré-operatório		Revisão	13/3486
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Atendimento adequado ao paciente.			
Recursos Necessários Prontuário completo do paciente			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Solicitar que o paciente seja encaminhado para o centro cirúrgico; Receber e acolher o paciente; Fazer a admissão do paciente, checando todas as informações contidas no prontuário deste; Orientar o paciente sobre paramentação para o procedimento cirúrgico, incluindo gorro e pró-pé; Se o médico solicitar, realizar tricotomia no paciente; Seguir prescrição do Anestesiologista quanto à aplicação do pré-anestésico no paciente; Fazer reserva de sangue e/ou solicitar transfusão de sangue, conforme indicações contidas no prontuário do usuário; 			
Cuidados Atenção à identificação do paciente e patologia descrita no prontuário.			
Ações em caso de não conformidade Detectando alguma anormalidade no paciente ou inadequação nas informações do prontuário, comunicar o médico responsável (Anestesiologista ou membro da equipe cirúrgica) e anotar em livro de ocorrências.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

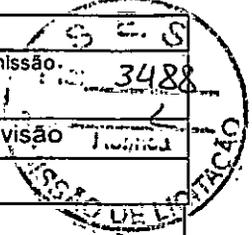
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.5	
		Emissão	
Assistência de enfermagem no transoperatório		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Técnicos de enfermagem:			
Resultados esperados			
Garantir a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico e dar suporte ao médico cirurgião.			
Recursos Necessários			
Planilha de gastos, folha de anestesia, livro de registro de procedimentos.			
Atividades			
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar todo o instrumental cirúrgico antes da realização do procedimento, verificando se está completo e esterilizado; • Juntar ao prontuário do paciente os comprovantes de esterilização do instrumental cirúrgico; • Contar a quantidade de compressas cirúrgicas usadas durante o procedimento cirúrgico; • Permanecer na sala de cirurgia durante o procedimento cirúrgico, auxiliando o médico cirurgião em tudo que ele necessitar; • Descrever na folha de anestesia a indução anestésica, hora de início da cirurgia e as medicações utilizadas e conferir com o Anestesista; • Registrar no livro de procedimentos o início do procedimento, tipo de procedimento, nomes da equipe médica e o nome do paciente e final do procedimento; • Registrar na planilha de gastos, o que foi utilizado durante o procedimento cirúrgico. 			
Cuidados			
<ul style="list-style-type: none"> • Esterilização do arsenal cirúrgico • Registros de consumo e de procedimentos. • Contagem das compressas 			
Ações em caso de não conformidade			
Substituição de arsenal contaminado.			
Correção de registros incompletos ou errados, na planilha de gastos e na folha de anestesia (após conferência com o Anestesista e solicitando assinatura do mesmo nas correções)			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



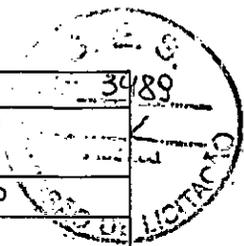
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.6	S. E. S.
		Emissão: 3488	
Assistência de enfermagem no pós-operatório		Revisão	Juliana
		No:	Data:
Executante Enfermeira e Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que todas as rotinas do pós-operatório sejam cumpridas visando à segurança do paciente e o correto registro das informações sobre o procedimento cirúrgico realizado.			
Recursos Necessários Mesa, cadeira, caneta, livro de registro de procedimentos realizados, prontuário do paciente, e telefone.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar o paciente para RPA (Recuperação Pós Anestésica) ou para a unidade materiais ^{de} origem, após a liberação do médico anestesista; Conferir a quantidade de compressas utilizadas durante o procedimento cirúrgico; Fazer contagem de instrumental por caixa aberta, e, após conferência, encaminhar a caixa de instrumental cirúrgico para a CME; Conferir a maleta anestésica e quantidades de drogas usadas; Encaminhar para a farmácia a maleta anestésica com o lacre violado; Encaminhar o prontuário do paciente ao setor onde ele se encontra (CRPA ou unidade de materiais) com todas as informações registradas; Identificar as peças para serem encaminhadas para exame de anatomia patológica da seguinte forma: <ol style="list-style-type: none"> Nome do paciente; Nome do médico; Tipo da peça; Data; Nome da pessoa que preparou; Protocolar a peça identificada e encaminhar ao Laboratório de AP. Juntar o protocolo de exame ao prontuário para entregar para a família e/ou responsável. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Atenção no registro das informações do procedimento, medicações, horários de administração destes, no prontuário do paciente; Atenção na conferência do instrumental cirúrgico e maleta anestésica; 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Informar a chefia imediata do centro cirúrgico e a CME sobre desaparecimento de instrumental; Informar a chefia imediata sobre qualquer intercorrência havida. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.7	
		Emissão	
Solicitação de psicotrópicos	Revisão		
	No:	Data:	
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir o controle dos medicamentos psicotrópicos.			
Recursos Necessários Receituário Especial de Psicotrópico.			
Atividades <ul style="list-style-type: none">Solicitar a equipe médica receita com os psicotrópicos utilizados durante o procedimento cirúrgico;Solicitar a equipe médica receita dos psicotrópicos que serão administrados ao paciente no pós-operatório;Encaminhar para a farmácia as receitas dos psicotrópicos prescritos pela equipe médica.			
Cuidados Verificar se receitas estão completas e com o nome do paciente certo.			
Ações em caso de não conformidade Informar imediatamente à chefia imediata e à farmácia.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.8	
		Emissão:	
Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfurocortante		Revisão:	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Promover o atendimento do acidentado de acordo com todos os protocolos de segurança.			
Recursos Necessários Luvas para exame.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Examinar o acidentado; Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH; Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco. 			
Cuidados Seguir protocolo de informação à SCIH e à CIPA.			
Ações em caso de não conformidade Se o médico plantonista não puder encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.9	
		Emissão	3491
Assistência médica no acidente de trabalho com material perfurocortante		Revisão	2
		No:	Data:
Executante Médico.			
Resultados esperados Atendimento e orientação ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.			
Recursos Necessários Luvas para exame, ficha de programação de avaliação de sorologias.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Examinar o funcionário acidentado; Avaliar o grau de risco de transmissão; Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subsequente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão; Encaminhar o funcionário para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão; Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV, nos casos de transmissão de risco. 			
Ações em caso de não conformidade Se o médico plantonista não puder atender o funcionário encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP. 10	
		Emissão	3492
Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir fornecimento de roupa ao Centro Cirúrgico.			
Recursos Necessários Ficha de previsão de rol de roupa			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o estoque de roupa; • Fazer previsão para o período; • Solicitar roupas à lavanderia; • Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas; • Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; • Guardar as roupas recebidas na área de armazenamento. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção na conferência do estoque; • Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia; 			
Ações em caso de não conformidade Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; Solicitar reposição dessas peças.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



J

Q

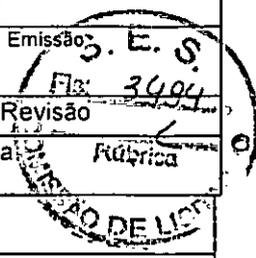
W



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP.11	
		Emissão	3498
Descarte de roupa suja		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas de forma correta, evitando o risco de contaminação com as roupas limpas.			
Recursos Necessários Hamper e saco plástico.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar, em todos os turnos, as condições do lençol da maca e LAP cirúrgico; • Trocar de lençol da maca após o uso do paciente; • Colocar no Hamper toda a roupa e/ou veste suja e contaminada de matéria orgânica; • Recolher ao final de cada procedimento cirúrgico toda a roupa existente na sala de cirurgia e colocá-la no Hamper; • Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem; • Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 2/3 da capacidade; • Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que peças sujas e/ou contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte; • Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper; • Prestar atenção no efetivo esvaziamento do Hamper no fim dos procedimentos. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP. 12	
		Emissão: 3. E. S. Fl: 3494	
Solicitação do serviço de manutenção		Revisão	
		No:	Data: Rúbrica
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento;			
Recursos Necessários Ficha de ordem de serviço e livro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o equipamento e/ou material que necessita de manutenção; • Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias; • Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção; • Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material com defeito. • Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento necessitar de ser removido para manutenção, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências. 			
Cuidados Atenção ao identificar corretamente o equipamento que necessita de manutenção.			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



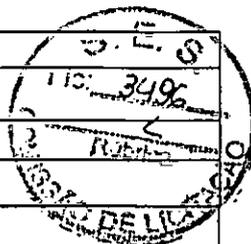
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Centro Cirúrgico	POP. 13	
		Emissão	
Autorização de saída externa de equipamento e/ou material do centro cirúrgico		No:	Data:
Executante Coordenadora de Enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento;			
Recursos Necessários Livro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Registrar dia, hora e setor de saída do equipamento que necessitar de manutenção fora do setor; • Informar a equipe do centro cirúrgico o motivo pelo qual o equipamento está sendo levado para manutenção; • Anotar data e/ou hora prevista para retorno do equipamento para o centro cirúrgico; • Se necessário, solicitar reposição temporária ou definitiva do equipamento; • Testar o equipamento quando da volta da manutenção, juntamente com o funcionário do referido serviço. 			
Cuidados Atenção na hora de testar o equipamento.			
Ações em caso de não conformidade Se ele não estiver em perfeitas condições de uso, devolva para a manutenção.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

[Handwritten signature]



NORMAS DO SETOR DE INTERNAÇÃO

HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas Internação	EO.1	
		Emissão	11/03/2010
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	2
		Nº:	Data:
Horário de funcionamento da área/serviço 24h. por dia 7 dias por semana			
Clientes da área/serviço Todos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.) que buscam os serviços do Setor de Internação.			
Normas <ul style="list-style-type: none"> • Registro do cartão de ponto na entrada e saída do plantão obrigatório; • Uniformização obrigatória completa • Cumprimento da RDC 32 da ANVISA no que tange ao uso de acessórios de vestuário • A revisão diária dos equipamentos sob sua responsabilidade, é obrigação dos funcionários. • Fazer leitura e registro diário no Livro de Ocorrências; • Ser pontual no horário escalado para recebimento do plantão; • É vedado trazer alimentos para dentro do Setor • Cumprir os horários de entrega e recebimento de materiais; • A saída do Setor dentro dos horários de serviço apenas é permitida com autorização da chefia. • Comunicar imediatamente à chefia do serviço todo e qualquer tipo de acidente de trabalho; • As trocas de plantão são permitidas desde que autorizadas pela chefia do setor. • A entrada no CC pressupõe cadastro na recepção do mesmo e autorização da chefia do setor. • A equipe do setor de internação deverá realizar revezamento nos horários de refeições e descanso; • Manter o setor organizado durante e ao final do plantão; • Manter silêncio dentro do setor de internação; • Usar corretamente os equipamentos de proteção individual; • Tem direito a acompanhante os pacientes contemplados em legislação própria; • Todo acompanhante deverá portar o "cartão de acompanhante", enquanto estiver acompanhando o paciente; • É obrigatória a lavagem das mãos antes e após a realização de cada procedimento, visando evitar o risco de infecção e/ou contaminação; • O médico deverá informar ao paciente, antes da cirurgia, se existe a possibilidade de Transfusão Sanguínea e obter consentimento informado para tal; • Toda a remoção interna de pacientes far-se-á com acompanhamento de enfermagem e com prontuário; • Toda a remoção externa de pacientes para exames ou procedimentos far-se-á com acompanhamento de responsável, enfermagem e com prontuário com solicitação de exames; • A saída de paciente com alta hospitalar implica no acompanhamento de um familiar ou responsável. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





NORMAS DE ISOLAMENTO DO SETOR DE INTERNAÇÃO

HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas Internação	EO.2	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		Nº:	Data:
<p>Normas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todos os pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por micro-organismos epidemiologicamente importantes devem ser adotadas as seguintes atitudes preventivas, após consulta e informação à CCIH: <ol style="list-style-type: none"> 1. Internar o paciente em quarto individual (isolamento). 2. Usar luvas e avental limpos não estéreis em todos os contatos com o paciente. 3. Evitar o transporte do paciente para outros ambientes. Se tal for necessário, ter a certeza de que todas as precauções sejam tomadas em termos de evitar a contaminação de pessoas, mobiliário e equipamentos. 4. Os equipamentos de portáteis (estetoscópio, termômetro, etc.) deverão ser exclusivos para o paciente infectado. 5. Tudo o que esteja em contato com o paciente assim como as superfícies ambientais devem ser submetidas a higienização diária. • Para todos os pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por micro-organismos transmitidos por aerossóis tipo (varicela, sarampo e tuberculose) devem tomadas as seguintes atitudes preventivas, após consulta e informação à CCIH: <ol style="list-style-type: none"> 1. Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente. 2. Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente 3. Evitar o transporte do paciente para outros ambientes. Se tal for necessário o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica. • Para todos os pacientes suspeitos de infecção ou de colonização por micro-organismos transmitidos por gotículas de tamanho maior que 5 µm, que podem ser gerados durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos deve tomar as seguintes precauções após consulta e informação à CCIH: <ol style="list-style-type: none"> 1. Internar paciente em quarto isolado com pressão de ar negativa em relação à área adjacente. 2. Usar proteção respiratória sempre que for entrar em contato com o paciente 3. Evitar o transporte do paciente para outros ambientes. Se tal for necessário o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

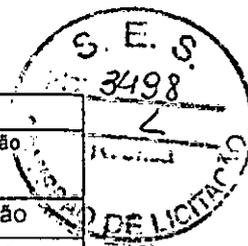


J
Q



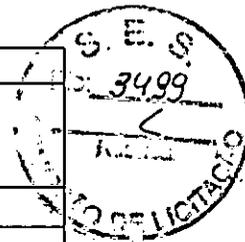
ROTINAS DO SETOR DE INTERNAÇÃO

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.1	
		Emissão:	
Recebimento de plantão pelos técnicos de enfermagem		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.			
Recursos Necessários Livro de registro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber o plantão; • Ler o Livro de Registro de Ocorrências; • Passar visita nos pacientes internados. 			
Cuidados Atenção a leitura do livro de ocorrências.			
Ações em caso de não conformidade Avisar a chefia imediata.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.2	
		Emissão	
Assistência de enfermagem na unidade de internação		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas;			
Recursos Necessários Prontuário do paciente, EPI's (Equipamentos de Proteção Individual).			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicação dos pacientes, conforme prescrição médica; • Comparar nominalmente as medicações com as prescrições; • Registrar na evolução do paciente os cuidados de higiene realizados; • Verificar sinais vitais dos pacientes e registrar na folha de anotação de enfermagem e nos gráficos indicados; • Observar o funcionamento de sondas e cateteres; • Acompanhar pacientes para remoções internas e externas; • Realizar a mudanças de decúbito nos pacientes; • Receber material esterilizado na CME; • Utilizar os EPI's durante a execução dos procedimentos de enfermagem; • Levantar material sujo para o expurgo; • Encaminhar pacientes para realizar exames, de acordo com a prescrição médica; • Registrar na anotação de enfermagem do prontuário do paciente, todas as manipulações realizadas; • Orientar os familiares e/ou visitantes do paciente quanto à importância da lavagem das mãos; • Identificar os equilpos de soro ou medicação, instalados, com data e hora da instalação; • Identificar os curativos de punção venosa com data e hora da punção e, o nome do profissional responsável; • De acordo com as normas internas, utilizar placas de identificação nos leitos dos pacientes, tais como: jejum, RX, USG, exame laboratorial, e outras para alertar sobre condições ou preparos especiais. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Conferência obrigatória das medicações com as prescrições; • Sondas e cateteres; • Anotação de enfermagem precisa e fiel aos fatos; 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Todas as intercorrências ou não conformidades devem ser, de imediato, informadas à chefia imediata. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

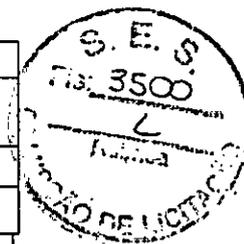


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



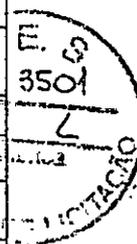
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.3	
		Emissão	
Recebimento de plantão pela enfermeira		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir que todas as informações do plantão anterior foram devidamente recebidas e entendidas.			
Recursos Necessários Livro de registro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber o plantão; • Ler o Livro de Registro de Ocorrências; • Realizar visita aos pacientes internados. 			
Cuidados Atenção a leitura do livro de ocorrências;			
Ações em caso de não conformidade Informar a Coordenação de Enfermagem qualquer intercorrência ou não conformidade;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures]



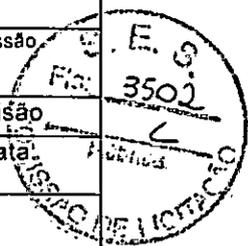
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP. 4	
		Emissão	3501
Coordenação de enfermagem na unidade de internação		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir que todas as rotinas e normas do setor sejam cumpridas.			
Recursos Necessários Livro de ocorrências, Carro de emergência, EPI's			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Distribuir as rotinas diárias para equipe de enfermagem (Enfermeiras e técnicos); • Estabelecer prioridades de assistência; • Manter a organização da unidade; • Controlar materiais e medicamentos; • Supervisionar e controlar o fluxo de visitas; • Gestão do estoque de psicotrópicos; • Atualizar o censo diário; • Gestão dos materiais e medicamentos do carro de emergência da unidade; • Solicitar à hotelaria limpeza terminal, após alta do paciente; • Verificar o funcionamento dos equipamentos da unidade; • Informar às áreas afetadas, sempre que admitir um paciente na unidade; • Registrar todas as intercorrências do plantão no livro de ocorrências. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Controle de psicotrópicos; • Revisão do carro de emergência; • Atenção nas sondas e cateteres dos pacientes; • Censo diário da unidade. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Na falta de algum psicotrópico informar imediatamente à Coordenação de Enfermagem e/ou Farmácia; • Se algum equipamento apresentar algum defeito, chamar o serviço de manutenção; • Se ocorrer alguma complicação com o paciente, por motivos quaisquer, comunicar imediatamente ao médico plantonista e ao médico assistente. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



(Handwritten signatures and initials)



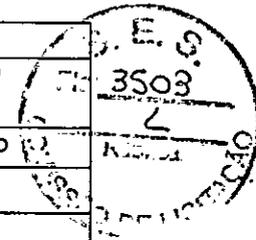
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.5	
		Emissão	
Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internação		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Admissão do paciente ágil e eficiente.			
Recursos Necessários Prontuário completo do usuário, leito, EPI's			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar se o leito que o paciente irá usar está preparado; • Receber o paciente chamando-o pelo nome; • Colocar o paciente no leito; • Examinar o estado clínico/cirúrgico do mesmo; • Trocar a roupa do paciente; • Lavar as mãos com água e sabão antes e após contato com o paciente; • Verificar e registrar na evolução de enfermagem, os sinais vitais do paciente; • Monitorar paciente; • Prestar cuidados de enfermagem ao paciente; • Registrar as intercorrências no prontuário e, se necessário, no Livro de Ocorrências; • Verificar se o paciente tem pertences e entregá-los aos familiares; • Usar os EPI's; • Verificar as prescrições médicas no prontuário do paciente. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atentar para o uso dos EPI's corretos antes da realização dos procedimentos de enfermagem; • Lavar as mãos antes e depois de entrar no quarto do paciente; • Verificar, sempre, se a medicação está conforme a prescrição médica. 			
Ações em caso de não conformidade Informar a Enfermeira Chefe sobre qualquer intercorrência ou não conformidade;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.6	
		Emissão	
Assistência de enfermagem na admissão do paciente na unidade de internação		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar que a admissão do paciente seja feita de forma gentil, ágil e eficiente.			
Recursos Necessários Prontuário completo do usuário e EPI's;			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame físico no paciente, observando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consciência; ○ Estado emocional; ○ Estado hemodinâmico; ○ Presença de pensos, escaras, próteses, etc.; ○ Funcionamento intestinal e urinário; • Registrar na folha de evolução de enfermagem do prontuário do paciente todas as informações observadas no exame físico; • Admitir o paciente, evoluir e prescrever na folha de evolução de enfermagem no prontuário do paciente; • Solicitar os exames prescritos; • Solicitar à farmácia as medicações prescritas; • Comunicar ao serviço social e a nutrição a admissão do paciente; • Registrar no prontuário, no livro de ocorrências, relatório e censo, a admissão do paciente; • Orientar familiares sobre as rotinas da unidade. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • O exame físico do paciente; • Nunca se esquecer de usar os EPI's. 			
Ações em caso de não conformidade Informar o Médico Plantonista sobre qualquer anomalia do exame físico importante;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

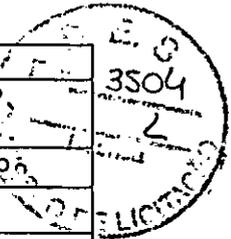


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



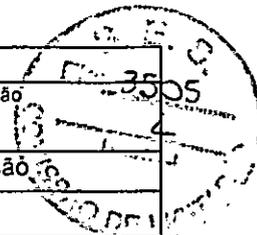
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.7	
		Emissão	3504
Administração de medicamentos		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Medicação prescrita e administrada de forma correta e segura.			
Recursos Necessários Prontuário do paciente com prescrição médica, medicamentos, material médico-hospitalar, EPI's.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Confrontar medicação com a prescrição médica; Ler atentamente o rótulo do medicamento antes de prepará-lo; • Lavar as mãos antes de preparar a medicação e antes de administrá-la ao paciente; • Confrontar o paciente com a medicação; • Ficar focada durante o preparo da medicação; • Verificar o prazo de validade do medicamento; • Identificar o recipiente da medicação com: nome do paciente, medicação, número do leito, dose, via e horário; • Usar EPI na administração de medicação endovenosa; • Administrar a medicação no paciente. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição e medicação – Casamento absoluto; • Nunca administração medicação endovenosa sem o uso de luvas; • Nome e prazo de validade do medicamento; • Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo. 			
Ações em caso de não conformidade Se tiver dúvida... PARE e confirme tudo de novo com a Enfermeira Chefe.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures]

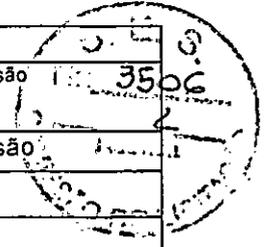


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.8	
		Emissão: 3505	
Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão: 0	
		No:	Data:
Executante Enfermeira			
Resultados esperados Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente;			
Recursos Necessários Prontuário médico do paciente.			
Atividades <ul style="list-style-type: none">• Observar o prontuário do paciente, verificando se o mesmo tem indicação de alergias a medicamentos e/ou patologias;• Informar a nutrição, o serviço social e o centro cirúrgico da admissão de paciente para pré-operatório;• Reservar sangue se houver solicitação;• Orientar ao paciente sobre a troca de roupa.			
Cuidados Alergias e outras patologias. Anotar no prontuário e se necessário avisar o médico assistente.			
Ações em caso de não conformidade			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.9	
		Emissão	3506
Assistência de enfermagem ao paciente na admissão do pré-operatório		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que todos os procedimentos do pré-operatório foram executados corretamente;			
Recursos Necessários Prontuário médico do paciente;			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Colocar com a placa de jejum no leito do paciente; • Verificar se o paciente está de jejum; • Verificar se o paciente está paramentado de acordo com a NR 32; • Protocolar os pertences do paciente e entregá-los à família; • Remover esmalte das unhas do paciente se for o caso; • Encaminhar paciente para o banho aspersão, antes de encaminhá-lo para o centro cirúrgico; • Proceder à tricotomia se assim for determinado na prescrição médica, uma hora antes da cirurgia; • Verificar se foi realizada a consulta pré-anestésica; • Administrar medicação pré-anestésica no horário determinado, conforme prescrição médica; • Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Apenas fazer medicação com prescrição médica; • Atenção ao cumprimento da NR 32; 			
Ações em caso de não conformidade Se observar alguma alteração quando dos sinais vitais do paciente, comunicar à enfermeira chefe da unidade;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

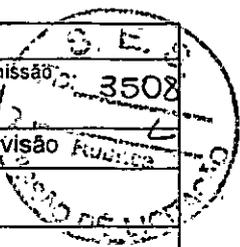
[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP. 10	
		Emissão	3. 2. 07
Encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico		Revisão	3507
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Paciente liberado para o CC com todos os procedimentos do pré-operatório executados;			
Recursos Necessários Prontuário médico do paciente, exames pré-operatórios e maca.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Registrar na folha de evolução do prontuário data e hora do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico; • Informar ao centro cirúrgico que o paciente está pronto; • Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário e exames pré-operatórios, quando este solicitar. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Não se esquecer de encaminhar junto com o paciente o prontuário e os exames pré-operatório; • Atenção à NR 32. 			
Ações em caso de não conformidade Se observar alguma alteração quando dos sinais vitais do paciente, comunicar à enfermeira chefe da unidade;			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



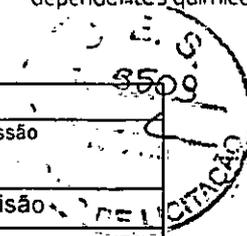
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.11	
		Emissão: 3508	
Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão: <i>RUBENS</i>	
		No:	Data:
Executante Enfermeira e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Receber com segurança o paciente vindo do Centro Cirúrgico			
Recursos Necessários prontuário do paciente.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber o paciente encaminhado do centro cirúrgico; • Observar o nível de consciência do paciente; • Controlar os sinais vitais e registrar no prontuário do paciente; • Observar curativo cirúrgico, verificando se tem sinais de sangramento; • Checar o funcionamento de drenos e/ou sondas; • Observar a presença de diurese espontânea. 			
Cuidados Focos de Atenção: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais do paciente, • Sondas, • Drenos, • Curativo cirúrgico e • Diurese. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o curativo cirúrgico apresentar sangramento, comunicar a enfermeira chefe da unidade; • Se os sinais vitais do paciente apresentar alguma alteração, comunicar a enfermeira chefe da unidade. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.12	
		Emissão	
Assistência de enfermagem na admissão do paciente no pós-operatório		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar o cumprimento da dieta alimentar prescrita para o paciente e receber o prontuário completo do CC.			
Recursos Necessários Mapa de dieta, prontuário do paciente e livro de protocolo;			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber a prescrição médica, indicando o tipo de dieta do paciente; • Observar o horário da liberação da dieta; • Informar ao serviço de nutrição sobre a dieta do paciente; • Observar o nível de aceitação da dieta por parte do paciente; • Verificar a integralidade do prontuário, incluindo os exames pré-operatórios. 			
Cuidados Integralidade do prontuário			
Ações em caso de não conformidade Se o paciente não tiver um bom nível de aceitação da dieta, informar ao médico assistente e a nutrição.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



3510

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.13	
		Emissão	
Solicitação de bolsas de sangue ao banco de sangue para a realização de transfusão sanguínea		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar que as bolsas de sangue solicitadas são adequadas para a realização de hemotransfusão.			
Recursos Necessários Requisição de transfusão sanguínea, prontuário do paciente.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar prescrição do médico para transfusão sanguínea; • Entrar em contato com o Posto Transfusional para solicitação de procedimento Transfusional e quantidades de bolsas de sangue prescritas ou previstas; • Enviar Requisição de transfusão sanguínea preenchida ao banco de sangue; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Compatibilidade sanguínea 			
Ações em caso de não conformidade Se houver recusa por parte do paciente ou da família, informar o serviço social e o médico cirurgião.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

LICENCIADO



3511

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP. 14	
		Emissão	
Preparo do paciente para a realização de transfusão sanguínea		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira do Serviço de Hemoterapia e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta, sem riscos a vida do mesmo.			
Recursos Necessários Termômetro, prontuário do paciente e bolsas de sangue.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a temperatura do paciente antes de iniciar a transfusão sanguínea e registrar no prontuário do mesmo; • Registrar na evolução do paciente data e hora do início da instalação da bolsa de sangue; • Monitorar os sinais vitais do paciente durante a transfusão. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Não se esquecer de anotar data e hora da instalação da bolsa de sangue no prontuário; • Não se esquecer de registrar no prontuário do paciente todas as informações sobre a transfusão sanguínea. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se houver alterações significativas dos sinais vitais, antes ou durante a transfusão, informar ao médico plantonista, de imediato; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



3512

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.15	
		Emissão	
Instalação da bolsa de sangue		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira do Serviço de Hemoterapia			
Resultados esperados Assegurar que o paciente receberá a transfusão sanguínea da forma correta;			
Recursos Necessários Bolsa de sangue, equipo de uma via, prontuário do paciente e luvas.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Instalar a bolsa de sangue em equipo de uma via, após verificar temperatura e sinais vitais do paciente; • Observar se o paciente apresenta hipertermia; • Observar se o paciente apresenta prurido e hiperemia; • Registrar no prontuário do paciente todas as informações e procedimentos realizados no paciente. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Observar com bastante atenção se o paciente não apresenta nenhuma alteração durante a transfusão de sangue; • O fluxo da bolsa de sangue deverá correr por um período máximo de 4 horas, após esse período suspender o uso da mesma. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o paciente apresentar prurido ou hiperemia, suspender o uso da bolsa de sangue, comunicar imediatamente ao médico plantonista e registrar no prontuário. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

[Handwritten signatures and initials]



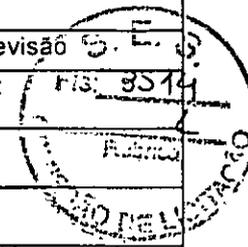
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP. 16	
		Emissão	35/3
Encaminhar paciente para a realização de exames complementares de diagnóstico		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar que todos os exames complementares de diagnósticos, solicitados pelo médico assistente, serão realizados.			
Recursos Necessários Prontuário do paciente e requisição de exame (para exames externos).			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar no prontuário do paciente se existe requisição de exames complementares solicitada pelo médico assistente; • Ligar para o setor de responsável informando sobre a solicitação de exame; • Acompanha o paciente para a realização dos exames levando junto o prontuário do paciente e a solicitação do exame feita pelo médico assistente; • Liga para unidade externa que realiza exames complementares, quando os exames solicitados pelo médico não podem ser realizados no HUGO 2 ; • Liga para o serviço social informando da necessidade de acompanhar paciente para a realização de exame fora da instituição. 			
Cuidados Rever solicitações de exames.			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se os setores que realizam os exames solicitados na puderem realizar os exames, solicitar uma previsão para a realização dos mesmos e informar o médico; • Se o acompanhante e/ou responsável não estiver com documentação para acompanhar o paciente em exame externo solicitar ao mesmo que vá buscar para então, seguir para a unidade onde o exame será realizado. 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures and initials]



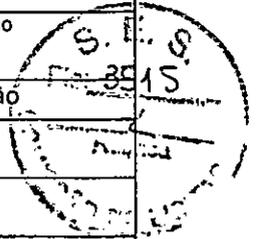
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.17	
		Emissão	
Assistência de enfermagem no acidente de trabalho com material perfuro-cortante	No:	Revisão	9. E. 3
		Data:	13/05/14
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Promover o atendimento do acidentado de acordo com todos os protocolos de segurança.			
Recursos Necessários Luvas para exame.			
Atividades <ul style="list-style-type: none">• Examinar o acidentado;• Informar imediatamente sobre o acidente ao médico plantonista, a CIPA e SCIH;• Encaminhar o funcionário ao médico plantonista para avaliação de risco.			
Cuidados Seguir protocolo de informação à SCIH e à CIPA.			
Ações em caso de não conformidade Se o médico plantonista não puder encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:	Aprovação		
	Assinatura do representante	Data:	



[Handwritten signatures]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.18	
		Emissão	
Assistência médica no acidente de trabalho com material perfuro-cortante		Revisão	
		No:	Data:
Executante Médico.			
Resultados esperados Atendimento e orientação ao funcionário que sofreu acidente com material perfuro-cortante.			
Recursos Necessários Luvas para exame, ficha de programação de avaliação de sorologias.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Examinar o funcionário acidentado; Avaliar o grau de risco de transmissão; Encaminhar funcionário para Programação de Avaliação de Sorologias no momento do acidente e no 3.º e 6.º mês subsequente ao acidente (anti-HIV, anti-HGB, AgHbs, anti-Hbs, VDRL) no caso de não existir risco de transmissão; Encaminhar o funcionário para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV com relatório médico, informando o grau de risco de transmissão, para que o funcionário inicie a profilaxia do HIV, no máximo duas horas após o acidente. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Não se esquecer de encaminhar o funcionário para o Programa de Avaliação de Sorologias, nos casos de não existir risco de transmissão; Não se esquecer de realizar relatório médico detalhado para o Centro de Referência de Exposição Ocupacional ao HIV, nos casos de transmissão de risco. 			
Ações em caso de não conformidade Se o médico plantonista não puder atender o funcionário encaminhar o funcionário para o médico da SCIH.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

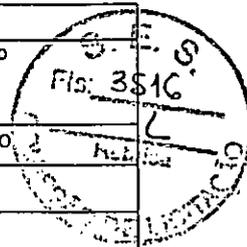


J

h



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.19	
		Emissão	
Assistência após a morte pela equipe de enfermagem		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que todos os protocolos necessários para cuidar do corpo.			
Recursos Necessários Prontuário do paciente, Declaração de Óbito.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Desligar todos os aparelhos (se for o caso) aos quais o paciente esteja ligado, após a confirmação do óbito do paciente por parte do médico plantonista; • Registrar na evolução do prontuário do paciente o horário exato que o médico atestou o óbito para o preenchimento correto da Declaração de Óbito; • Fornecer ao médico a Declaração de Óbito para que a mesma seja preenchida; • Comunicar ao Serviço Social sobre o óbito para que o mesmo informe aos familiares; • Providenciar ambiente privativo para a preparação do corpo; • Utilizar os EPI's corretos durante a preparação do corpo; • Encaminhar o corpo, após preparação, para o velório; • Recolher e encaminhar, sob protocolo, todos os pertences do paciente para o Serviço Social; • Protocolar a terceira via da Declaração de Óbito e entregar a família; • Anexar ao prontuário do paciente a primeira e segunda via da Declaração de Óbito; • Atualizar o censo diário da unidade de internação, após o óbito do paciente; • Encaminhar os equipamentos para limpeza; • Solicitar à hotelaria a limpeza terminal do aposento. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao horário exato em que o médico atestou o óbito do paciente; • Atenção ao recolhimento de todos os pertences do paciente que se encontram na unidade de internação; • Atualizar o censo diário da unidade, após o óbito do paciente. 			
Ações em caso de não conformidade Se houver alguma dúvida no preenchimento da evolução do prontuário, informar-se com o médico que atestou o óbito do paciente.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



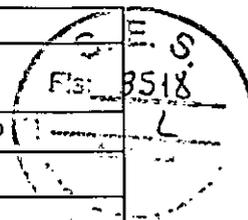
↓
a



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.20	
		Emissão	S. E. S. Fls. 35/7
Preparação corpo pela equipe de enfermagem para envio ao velório		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem			
Resultados esperados Assegurar que o corpo receberá os devidos cuidados antes de ser enviado para o velório.			
Recursos Necessários Água, sabão, toalha, faixa crepe, atadura de gaze, atadura crepe, esparadrapo, lençol, maca, EPI's, etiqueta de identificação, livro de protocolo, caneta e telefone.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Colocar os EPI's e mantê-los durante todo o processo de preparação do corpo; Colocar o corpo no leito em posição supina, com cabeça elevada; Retirar sondas, cateteres, drenos e/ou cânulas em uso no paciente; Lavar o corpo de forma adequada e delicadamente com água e sabão e enxuga-lo com a toalha; Realizar curativos em toda e qualquer solução de continuidade que exista na pele; Fazer o alinhamento corporal antes da rigidez cadavérica (rigor mortis); Recolocar prótese dentária se for o caso; Tamponar todos os orifícios e cavidades corporais com algodão seco em pinça longa (inclusive cavidade oral); Conter o corpo de forma anatômica (sustentar mandíbula com faixa crepe, prendendo a cabeça a faixa que sai do queixo; unir as mãos sobre o tórax e amarrá-las com atadura de gaze; unir os pés e amarrá-los com atadura crepe); Fechar as pálpebras e fixá-las com tiras de esparadrapo; Prender na altura do tórax a etiqueta adesiva de identificação do paciente; Providenciar maca para transportar o corpo do paciente para o velório; Forrar a maca com lençol de tecido e posteriormente com lençol descartável em diagonal; Colocar a 2.ª etiqueta adesiva de identificação sobre o lençol descartável; Registrar no livro de protocolo o envio do corpo para o velório; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Preparo do corpo; Etiqueta de identificação do paciente; 			
Ações em caso de não conformidade Observando alguma intercorrência durante o processo de preparo do corpo do paciente, comunicar imediatamente a chefia imediata da unidade.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

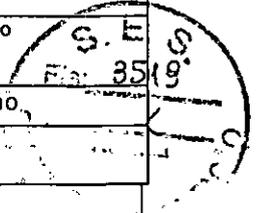


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.21	
		Emissão	Revisão
Identificação e encaminhamento do corpo para o velório		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar a identificação correta do corpo e a entrega do mesmo no velório.			
Recursos Necessários Etiqueta de identificação, livro de protocolo e Declaração de Óbito.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Preencher corretamente a etiqueta de identificação de óbito com as devidas informações: <ul style="list-style-type: none"> Nome completo do paciente, N.º do registro hospitalar, N.º do leito, Unidade onde estava internado, Data e hora do óbito; Encaminhar o corpo para o velório; Retornar do velório trazendo o livro de protocolo devidamente assinado pelo funcionário da portaria. 			
Cuidados Etiquetas de identificação do corpo. Protocolar as declarações que deverão ser entregues à família do paciente.			
Ações em caso de não conformidade			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



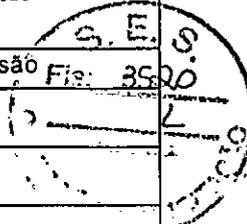


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.22	
		Emissão	
Alta do paciente da unidade de internação		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir que o paciente esteja em perfeitas condições para sair de alta.			
Recursos Necessários Prontuário do paciente, livro de protocolo e relatório de alta.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Verificar no prontuário do paciente a prescrição de alta hospitalar; • Informar ao serviço social, nutrição e recepção sobre a alta do paciente; • Providenciar a retirada de acesso venoso, sondas, cateteres, conforme prescrição; • Protocolar exames e pertences e entregar ao paciente ou responsável; • Orientar o paciente quanto aos cuidados que deverá ter no retorno para casa; • Registrar no prontuário do paciente a data e hora da alta hospitalar. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao registrar as informações necessárias no prontuário do paciente; • Atenção ao protocolar todos os documentos que serão levados pelo paciente; • Atenção ao passar todas as orientações quanto aos cuidados que o paciente deverá ter quando voltar para casa. 			
Ações em caso de não conformidade Nos casos em que se perceba alguma anormalidade no paciente na hora da alta hospitalar, comunicar ao médico plantonista imediatamente e solicitar aos familiares que aguardem a chegada do médico.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.23	
		Emissão	
Solicitação de roupa à lavanderia		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante Enfermeira e técnicos de enfermagem.</p> <p>Resultados esperados Garantir fornecimento de roupa ao setor.</p> <p>Recursos Necessários Ficha de previsão de ROI de roupa</p> <p>Atividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o estoque de roupa; • Fazer previsão para o período; • Solicitar roupas à lavanderia; • Conferir a quantidade de roupas recebidas da lavanderia, bem como o estado das mesmas; • Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; • Guardar as roupas recebidas na área de armazenamento. <p>Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção na conferência do estoque; • Atenção na conferência das roupas recebidas da lavanderia; <p>Ações em caso de não conformidade Devolver as peças que não vierem acondicionadas de forma devida; Solicitar reposição dessas peças.</p> <p>Responsável pela elaboração:</p>			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



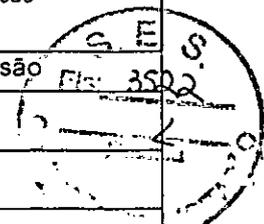
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.24	
		Emissão	
Descarte de roupa suja		Revisão G. E. S. F. 3501	
		No:	Data:
Executante Enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Garantir que as roupas sujas sejam acondicionadas para envio à lavanderia de forma correta;			
Recursos Necessários Hamper e saco plástico.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Observar diariamente, em todos os turnos, as condições dos lençóis dos leitos e roupas utilizadas pelos pacientes; • Realizar a troca de lençóis dos leitos sempre que necessário; • Supervisionar a troca de roupas e vestes; • Considerar contaminada toda roupa de cama ou veste encontrada suja de matéria orgânica (sangue, vômito, fezes, urina, escarro, etc.), colocando-a no hamper forrado de saco plástico; • Ensacar em saco plástico branco, específico para artigos contaminados e com a devida identificação, as roupas contaminadas com Micro-organismos multiresistentes ou vírus; • Observar a capacidade do Hamper, evitando que o mesmo ultrapasse sua capacidade de armazenagem; • Considerar a capacidade máxima do Hamper quando este atingir cerca de 2/3 da capacidade; • Encaminhar o Hamper com a roupa suja para o sanitário dos pacientes, após as técnicas de higienização do paciente e troca da roupa de cama; • Retirar o saco plástico do Hamper com a roupa suja e encaminhá-la para o expurgo/DML, pois o mesmo será recolhido pela lavanderia nos horários pré-determinados. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao verificar as condições das roupas dos leitos da unidade de internação, evitando que peças sujas / contaminadas fiquem expostas para o paciente seguinte; • Atenção quanto à capacidade de armazenagem do Hamper; • Atenção quando retirar as roupas do Hamper para o expurgo, evitando que fique alguma peça suja/contaminada no setor; • Atenção no acondicionamento das roupas contaminadas por Micro-organismos multiresistentes e vírus para que as mesmas sigam os protocolos de segurança. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se perceber que os lençóis do leito e vestes do paciente ainda foram trocados, substituí-los imediatamente; • Se perceber que o Hamper já está cheio, fechar o saco plástico e encaminhá-lo para o expurgo, colocando outro saco plástico no Hamper; • Se perceber que o acondicionamento das roupas contaminadas com Micro-organismos multiresistentes e vírus não obedeceu aos protocolos de segurança pré-determinados, realizar o acondicionamento correto. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures]



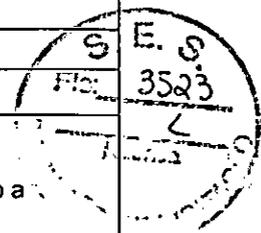
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Internação	POP.25	
		Emissão	
Solicitação do serviço de manutenção		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Garantir que os equipamentos existentes no centro cirúrgicos estejam em perfeito funcionamento;			
Recursos Necessários Ficha de ordem de serviço e livro de ocorrências.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o equipamento e/ou material que necessita de manutenção; • Preencher a ordem de serviço para a manutenção em duas vias; • Encaminhar a ordem de serviço para a manutenção; • Registrar no livro de ocorrência dia, hora e setor onde se encontra equipamento e/ou material com defeito. • Se, após avaliação do serviço de manutenção, o equipamento necessitar de ser removido para manutenção, informar à Coordenação de Enfermagem, para que a mesma tome as devidas providências. 			
Cuidados Atenção ao identificar corretamente o equipamento que necessita de manutenção.			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o serviço de manutenção não atender à solicitação de serviço, informar à Coordenação de Enfermagem; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





NORMAS DA IMAGENOLOGIA

HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas Imagenologia	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		Nº:	Data:
Horário de funcionamento da área/serviço <ul style="list-style-type: none"> Serviços de Imagem: <ul style="list-style-type: none"> <u>Pacientes internados e/ou de emergência</u>: 24 horas, de domingo a domingo, obedecendo a rotina estabelecida; <u>Pacientes de ambulatório</u>: de segunda a sábado, das 08h às 17h, excluindo feriado, seguindo a rotina; Entrega de resultados de exames: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Pacientes internados e/ou emergência</u>: 24 horas, seguindo a rotina; b) <u>Pacientes de ambulatório</u>: de segunda a sábado, das 08h às 12h, excluindo feriados, seguindo a rotina. 			
Clientes da área/serviço Todos os usuários dos serviços da Imagenologia.			
Normas <ul style="list-style-type: none"> A finalidade do serviço de imagenologia é a realização de exames complementares de diagnóstico dos pacientes oriundos do ambulatório, internação e emergência do HUGO 2. Solicitação de exames: <ul style="list-style-type: none"> <u>Pacientes de ambulatório</u>: os exames serão realizados com encaminhamento, via ambulatório, com a solicitação contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO; <u>Pacientes internados</u>: serão realizados os exames com encaminhamento, via internação, com a solicitação, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina; <u>Paciente de emergência</u>: serão realizados os exames com encaminhamento, via emergência, com a solicitação, contendo, nome, idade, procedência, descrição completa do exame solicitado, assinatura do médico e carimbo com CREMEGO. Nas 24 horas, seguindo a rotina; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

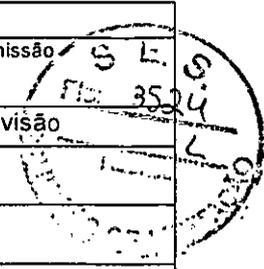


Handwritten signature and initials.



ROTINAS DA IMAGENOLOGIA

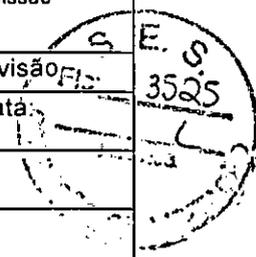
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagenologia	POP.1	
		Emissão	Revisão
Recebimento das solicitações de exames		No:	Data:
Executante Auxiliar administrativa.			
Resultados esperados Assegurar que as solicitações foram preenchidas devidamente.			
Recursos Necessários Guias com solicitação de exames.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber a planilha de agendamento dos exames de Imagem; • Conferir as solicitações de exames; • Lançar no sistema todas as planilhas de exames. 			
Cuidados Guias preenchidas e assinadas pelo médico solicitante.			
Ações em caso de não conformidade Nos casos de solicitações que não estão preenchidas e assinadas corretamente, comunicar a chefia imediata para providências.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures]



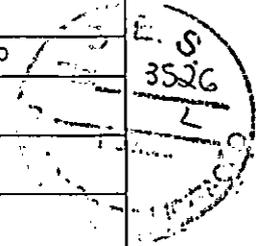
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagenologia	POP. 2	
		Emissão	
Liberação de exames urgentes		Revisão	
		No:	Data:
<p>Executante Enfermeira da unidade.</p> <p>Resultados esperados Assegurar a real necessidade do exame solicitado e agilizar a liberação do mesmo.</p> <p>Recursos Necessários Solicitação do exame.</p> <p>Atividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receber a solicitação de exame urgente; • Verificar a justificativa médica para a solicitação do exame; • Liberar o exame. <p>Cuidados Verificar se a justificativa para a solicitação do exame foi preenchida corretamente.</p> <p>Ações em caso de não conformidade Em casos de dúvidas quanto à justificativa constante na ficha de solicitação de exame extra, comunicar ao chefe do serviço para providências.</p> <p>Responsável pela elaboração:</p>			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



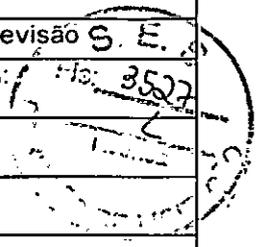
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagemologia	POP.3	
Recepção do paciente no dia da realização do exame		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar administrativo.			
Resultados esperados Atendimento ágil e eficiente.			
Recursos Necessários Terminal de computador			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber o paciente; • Perguntar ao paciente qual o exame que ele vai realizar; • Conferir documentação e marcação do exame; • Pedir ao paciente que sente e aguarde ser chamado pelo técnico para a realização do exame. 			
Cuidados Ser atenciosa com o paciente.			
Ações em caso de não conformidade Se o paciente manifestar dúvidas quanto ao exame que vai realizar, solicitar que o mesmo aguarde, pois o médico e/ou o técnico irá explicar como é o procedimento.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagenologia	POP.4	
		Emissão	
Orientações ao paciente sobre a realização do exame		Revisão S. E.	
		No:	Data: / / No: 3527
Executante Médico radiologista e técnico em radiologia.			
Resultados esperados Esclarecer dúvidas e transmitir segurança ao paciente e/ou familiares.			
Recursos Necessários Sala de exame.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Chamar o paciente pelo nome; • Perguntar se o mesmo tem alguma dúvida quanto à realização do exame; • Esclarecer as dúvidas do paciente, nos casos afirmativos, usando uma linguagem de fácil compreensão. 			
Cuidados Atenção para usar uma linguagem de fácil compreensão quando for tirar dúvidas do paciente.			
Ações em caso de não conformidade Não realizar o exame do paciente sem que todas as dúvidas do paciente sejam esclarecidas.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

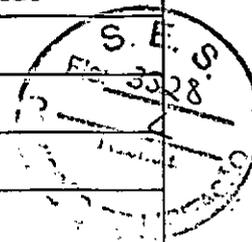


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

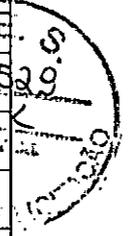


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagemologia	POP.5	
		Emissão	
Checkagem do equipamento de Raio-X		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico em radiologia.			
Resultados esperados Garantir que o equipamento está em perfeitas condições para a realização dos exames.			
Recursos Necessários Equipamento de Raio-X, dosímetro e aventais anti-radiação.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Ligar o equipamento, observando através da mesa de comando os seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> ○ Amperagem – varia de acordo com o tipo de exame a ser realizado; ○ Rede – deve estar em 200; ○ Quilovoltagem – que varia de acordo com o exame a ser realizado; • Colocar o equipamento dentro dos padrões adequados ao exame que vai ser realizado. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Nunca realizar exames sem antes verificar o equipamento; • Sempre ajustar o equipamento para os padrões do exame a ser realizado. 			
Ações em caso de não conformidade Qualquer problema que o equipamento apresente comunicar ao médico radiologista para que o mesmo chame a empresa fornecedora do mesmo para conserto.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





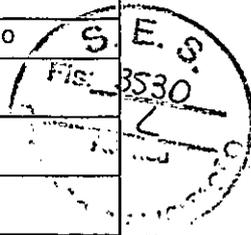
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagenologia	POP.6	
		Emissão	
Checagem do equipamento de Ultra-som e sistema de laudo	No:	Revisão	S E.
		Data:	17/10/2010
Executante Médico radiologista.			
Resultados esperados Garantir que o equipamento esteja em perfeitas condições para a realização dos exames.			
Recursos Necessários Ultra-som e transdutores.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Ligar o equipamento, verificando se está intacto e em perfeito funcionamento; Verificar se todas as sondas necessárias para a realização dos diversos tipos de exames estão completas. Verificar se o sistema de laudo está funcionando. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Atenção antes de ligar o equipamento, verificando se o mesmo está conectado na tomada correta; Atenção ao verificar as sondas, verificando se as mesmas estão limpas antes da realização dos exames. Atenção à captura de imagem dicom no sistema de laudo 			
Ações em caso de não conformidade Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que se providencie o conserto; Se faltar algum sonda do equipamento e/ou quebra-se, informar à administração para que as providências de substituição das mesmas sejam feitas. Se o sistema de laudo não estiver funcional, acionar a TI para manutenção.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:	Aprovação		
	Assinatura do representante	Data:	



[Handwritten signatures]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Imagenologia	POP.7	
		Emissão	
Realização do exame de ultrassonografia e emissão de laudo		Revisão	
		No:	Data:
Executante Médico radiologista.			
Resultados esperados Realização de exame de forma correta e ágil.			
Recursos Necessários Sala, equipamento de ultra-som, sistema de laudo e maca de exame apropriada.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Pedir ao paciente que troque as vestes pela bata, se for o caso; • Colocar o paciente na mesa de exame; • Informar ao paciente como ele deve proceder durante a realização do exame; • Realizar o exame; • Liberar o paciente. • Elaborar o laudo no sistema de laudo do Ultrassom 			
Cuidados Conversar com o paciente usando uma linguagem de fácil compreensão com a finalidade de esclarecer todas as dúvidas do mesmo a respeito do exame.			
Ações em caso de não conformidade Se o equipamento apresentar algum problema, solicitar a empresa fornecedora do mesmo que providencie o conserto. Se o sistema de laudo não estiver funcional, acionar a TI para manutenção.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

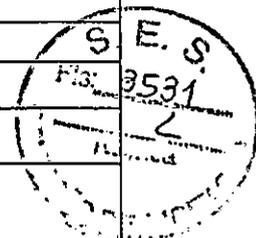


[Handwritten signature]



NORMAS DO NECROTÉRIO

HUGO 2	Manual de Normas e Rotinas Necrotério	EO.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		No:	Data:
Horário de funcionamento da área/serviço 24 horas em regime de sobre-aviso.			
Clientes da área/serviço Todos os pacientes que vieram a óbito.			
Normas <ul style="list-style-type: none"> • O setor de necrotério deverá ser mantido higienizado e mantido fechado constantemente, abrindo apenas quando necessário; • A chave do setor de necrotério deverá ficar sempre com o serviço de vigilância e a mesma deverá ser entregue sob protocolo quando houver necessidade; • Todas as peças humanas, resultados de amputação, restos placentários e deverão ser armazenadas no setor de necrotério, refrigerados, para posteriormente serem enviadas ao Instituto Médico Legal (IML). • As peças armazenadas no setor de necrotério deverão ser enviadas ao Instituto Médico Legal (IML) semanalmente; • O serviço de higienização deverá realizar a limpeza do setor sempre que o corpo for retirado; • O setor de necrotério permanecerá aberto para os familiares e amigos do paciente falecido até que os mesmos encaminhem o corpo para o sepultamento. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



J

Q



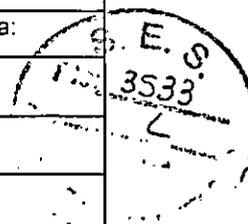
ROTINAS DO NECROTÉRIO

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério	POP.1	
		Emissão	
Abertura do necrotério por morte de paciente		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Assegurar que o necrotério estará aberto para receber o corpo do paciente.			
Recursos Necessários Telefone.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Ligar para o serviço de vigilância informando que precisa da chave do necrotério para encaminhar corpo do paciente falecido; Pegar no serviço de vigilância a chave do necrotério; Abrir o necrotério. 			
Cuidados Ligar para a vigilância antes de ir pegar a chave do necrotério.			
Ações em caso de não conformidade Se não houver ninguém no setor de vigilância, ligar para a portaria solicitando que providencie uma chave para abrir o necrotério.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

J
R



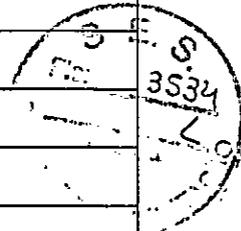
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério	POP.2	
		Emissão	
Transporte do corpo para o necrotério		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnicos de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o corpo será colocado com os devidos cuidados no necrotério.			
Recursos Necessários Maca e mesa de mármore.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o corpo sobre a maca; • Cobrir o corpo; • Transportar o corpo até o necrotério; • Colocar, com os devidos cuidados, corpo do falecido sobre a mesa de mármore. 			
Cuidados Atenção na hora de colocar o corpo sobre a mesa de mármore para que o mesmo não caia no chão.			
Ações em caso de não conformidade Se o técnico não tiver condições de colocar o corpo do paciente falecido na mesa de mármore sozinho, solicitar ajuda dos profissionais de apoio.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



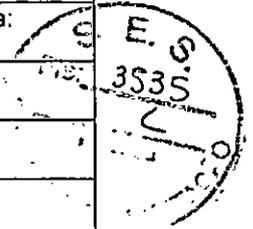
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério	POP.3	
		Emissão	
Solicitação de limpeza do setor de necrotério		Revisão	
		No:	Data:
Executante Enfermeira.			
Resultados esperados Agilidade na higienização do setor.			
Recursos Necessários Telefone.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Ligar para o serviço de hotelaria e solicitar que o setor de necrotério seja limpo, após a saída do corpo e familiares; 			
Cuidados Ser ágil na solicitação de higienização do setor de necrotério.			
Ações em caso de não conformidade Caso o serviço de higienização não possa comparecer ao necrotério imediatamente após a retirada do corpo e saída dos familiares, solicitar que a limpeza seja feita tão logo quanto possível.			
Responsável pela elaboração:			
Responsible pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signatures and initials]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Necrotério	POP.4	
		Emissão	
Higienização e fechamento do necrotério		Revisão	
		No:	Data:
Executante Auxiliar de do serviço de hotelaria.			
Resultados esperados Garantir que o setor ficará devidamente fechado até surgir uma necessidade de uso deste.			
Recursos Necessários Chave do necrotério.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar a limpeza do necrotério, conforme os padrões de higienização; • Fechar o necrotério, certificando-se de que tudo está no seu devido lugar; • Entregar no serviço de vigilância a chave do necrotério. 			
Cuidados Atenção na hora de fechar o necrotério, verificando se realmente a porta foi fechada.			
Ações em caso de não conformidade Se não tiver ninguém no setor de vigilância que for entregar a chave, dirigir-se a portaria e entregar a chave ao porteiro.			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

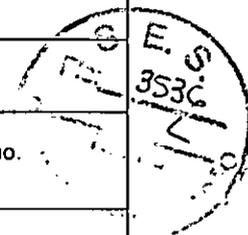


[Handwritten signature]



NORMAS DA CENTRAL DE MATERIAIS

HUGO 2	Manual de Normas Central de Materiais e Esterilização	E0.1	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		No:	Data:
Horário de funcionamento da área/serviço Diariamente das 07h às 19h, inclusive feriados e finais de semana.			
Clientes da área/serviço Todos os usuários do hospital que necessitam dos serviços da Central de Materiais e Esterilização.			
<p>Normas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os funcionários da CME deverão adotar as medidas de precaução padrão (medidas de barreira – higiene básica das mãos) para evitar a contaminação a partir de sangue, secreções e excreções; • Somente poderão acessar as dependências da CME, os funcionários higienizados e devidamente paramentados; • A porta que dá acesso as dependências da CME deverá ser mantida fechada, exceto nos horários de troca de material sujo; • O profissional escalado para plantão na área suja será o responsável pelo controle de entrada/saída de pessoal e entrada de materiais; • A programação cirúrgica deverá ser entregue na CME até as 12:30h do dia anterior às cirurgias, para que os materiais cirúrgicos possam ser preparados com antecedência; • A CME deverá encaminhar para o centro cirúrgico os materiais, conforme segue: <ol style="list-style-type: none"> 1. Na tarde anterior a cirurgia, <u>para cirurgias do período matutino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos; 2. Na manhã da cirurgia, <u>para cirurgias no período vespertino</u>: Lap's, kits de materiais e caixas de instrumentos cirúrgicos; • É de responsabilidade da enfermeira do centro cirúrgico informar a enfermeira da CME toda e qualquer alteração na programação cirúrgica, tais como: suspensão de cirurgias, urgências, emergências, mudança de porte, mudança de procedimento e necessidade de outros materiais; • Todo e qualquer material proveniente de outra instituição e/ou uso particular deverá ser entregue na CME para processamento, com 48 horas de antecedência da data prevista da cirurgia: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirurgias programadas na segunda-feira – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser até sexta-feira; 2. Cirurgias programadas em feriados – prazo de entrega do material e/ou equipamento deverá ser na véspera; 			
<ul style="list-style-type: none"> • Todo material que estiver destinado a ser processado por óxido de etileno deverá ser encaminhado para a CME; • Todos os materiais processados com óxido de etileno deverão ter suas notas fiscais e materiais, conferidas e assinadas pela enfermeira da CME e encaminhadas para a Diretoria Administrativa; • A enfermeira da CME ou funcionária designada para tal será responsável pela inspeção de entrada/saída de material e/ou equipamento externo ou de uso particular; • A entrada/saída de todo e qualquer material e/ou equipamento externo deverá ser feita sob protocolo; • Todo e qualquer material e/ou equipamento externo ou de uso particular deverá ter um impresso com os itens do produto; • Toda e qualquer visita à CME deverá ser agendada previamente, através de comunicado formal, com a enfermeira da unidade ou secretária; • Todo e qualquer material sujo deverá ser encaminhado para CME em caixas fechadas e com tampa com cuidado de proteção; • Todo e qualquer material sujo que der entrada na CME deverá ser inspecionado e protocolado pela Técnico de enfermagem e auxiliar da recepção de área suja; • Todo e qualquer material que tenha a sua integridade e/ou funcionalidade alterada deverá ser devolvido para a CME mediante protocolo; • O transporte de material esterilizado para as unidades deverá ser feito dentro de recipientes fechados com tampa; • Todo e qualquer material estéril a óxido de etileno, proveniente de empresa ou de uso particular, deve ser encaminhado previamente para a CME, para avaliação pela enfermeira e disponibilizado 			

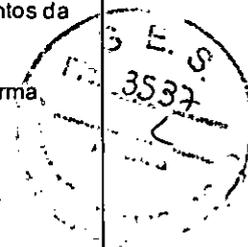


[Handwritten signature]



para o setor de origem;

- Toda e qualquer intercorrência que aconteça na CME deverá ser comunicada imediatamente a enfermeira da unidade, para que sejam tomadas as providências necessárias. Na ausência da enfermeira, a comunicação deverá ser feita à secretária ou ao funcionário designado por ela para este fim;
- Ao final do expediente, o funcionário designado deverá fazer a revisão da CME (referente à parte elétrica e limpeza);
- É de responsabilidade do funcionário da CME zelar por toda a estrutura física e equipamentos da mesma;
- Todos os danos causados por mau uso deverão ser ressarcidos pelo funcionário da CME;
- É de responsabilidade da CME devolver todo material e/ou equipamento processado de forma íntegra;
- Somente a enfermeira da CME poderá autorizar a entrega e/ou recebimento de material/equipamento fora dos horários pré-estabelecidos;
- Mensalmente deverá ser realizada uma reunião com todos os funcionários da CME, sendo obrigatória a participação de todos;
- O empréstimo de todo e qualquer material/equipamento somente poderá ser feito após autorização da diretoria do HUGO 2 ;
- Os materiais/equipamentos que não pertencem a instituição somente poderão ser processados na CME após autorização da diretoria do HUGO 2 ;
- Periodicamente deverão ser realizados cursos de atualização para os funcionários da CME, sendo obrigatória a presença de todos;
- O horário de distribuição de material estéril é das 08h às 12h;
- É obrigatório o uso de protetor auricular quando o funcionário for usar ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos.



Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:

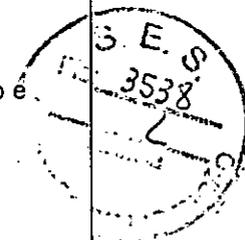
Aprovação

Assinatura do representante

Data:



HUGO 2	Manual de Normas Central de Materiais e Esterilização	E0.2	
		Emissão	
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		Revisão	
		Nº:	Data:
Normas <ul style="list-style-type: none"> • A seleção de embalagens para a CME deve obedecer aos critérios abaixo relacionados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser apropriada para o tipo de material, o método de esterilização utilizado e suportar as condições físicas do processo; 2. Prover integridade adequada de selagem e ser à prova de violação; 3. Ser barreira microbiana; 4. Fornecer barreira adequada a líquidos; 5. Permitir remoção de ar adequada; 6. Permitir a penetração e remoção de agente esterilizante; 7. Proteger o conteúdo da embalagem de danos físicos; 8. Resistir a rasgos e perfurações; 9. Ser livre de furos e micro furos; 10. Não conter ingrediente tóxico, alvejantes ópticos, corante ou amido; 11. Ter imprimido o indicador químico específico para cada tipo de esterilização; 12. Evitar liberação de fibras ou partículas; 13. Não oferecer dificuldades à abertura do pacote; 14. Ter uma relação custo/benefício positiva; 15. Ser facilmente encontrada no mercado; • O sistema de embalagens deve ser usado de acordo com as instruções escritas pelo fabricante e ter registro no Ministério da Saúde. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



J

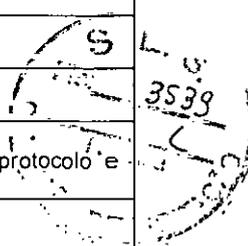
R

[Handwritten mark]



ROTINAS DA CENTRAL DE MATERIAIS

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.1	
		Emissão	
Transporte de material sujo		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem do CC, Setores de Materiais ou ambulatório.			
Resultados esperados Assegurar que o material sujo seja transportado de forma correta, evitando o perigo de contaminação.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas, máscaras, carro de transporte de material sujo fechado e com tampa, livro de protocolo e caneta.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos; • Colocar os EPI's (máscara e luvas); • Disponibilizar o material sujo dentro do carro de transporte; • Protocolar em livro próprio os materiais que estão sendo encaminhados para a CME; • Conferir junto com o responsável pelo recebimento de material sujo, os materiais que estão sendo entregues; • Retornar para o setor de origem com o livro de protocolo. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's; • Nunca transportar material sujo sem o uso dos EPI's; • Nunca transportar material sujo em carro que não seja específico para esta função. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o carro de transportar o material sujo apresentar problemas, comunicar a chefia da CME para que providencie o conserto e/ou a substituição do mesmo; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

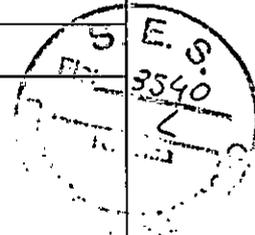


J

h

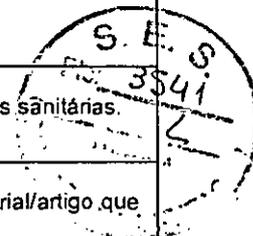


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.2	
		Emissão	
Recepção de material sujo pela área suja		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem da CME.			
Resultados esperados Assegurar que o material sujo seja recebido de forma correta, evitando o perigo de contaminação.			
Recursos Necessários Água, sabão e EPI's			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar os EPI's (óculos, avental, máscara com filtro químico, luvas de látex cano longo); Conferir o material sujo que está recebendo, atentando para o quantitativo, condições gerais e funcionalidade; Assinar o protocolo após conferência do material sujo; Distribuir o material/artigo para lavagem mecânica ou manual; Verificar se existe a necessidade de lubrificação e/ou desoxidação do material/artigo, após o término da lavagem; Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais; Reiniciar o processo de lavagem do material/artigo, caso verifique que a limpeza não atingiu os padrões exigidos pelas normas; Encaminhar o material/artigo limpo para a área de preparo. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Sempre higienizar as mãos antes e após o uso do EPI's; Nunca manusear material/artigo sujo sem estar usando os EPI's corretos; Muita atenção ao conferir o material que está sendo recebido; Muita atenção na verificação do material/artigo após a lavagem, verificando se a mesma atingiu os padrões exigidos. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma não conformidade no material/artigo, no ato da conferência, anotar no protocolo de recebimento e registrar no livro de ocorrência da CME; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:





HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.3	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
Recepção e esterilização de material lavado autoclavável		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material processado na autoclave seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.			
Recursos Necessários Água, sabão, EPI's (luvas de Kevlar, máscara e pro pé), papel manta (próprio para envolver o material/artigo que vai para a autoclave), etiqueta e caneta.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber os Materiais limpos; • Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos; • Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido; • Dispor o material/artigo em invólucro apropriado antes de colocá-los na autoclave; • Identificar o material/artigo conforme a rotina (data, lote, validade, processo que foi submetido e assinatura do responsável); • Monitorar cada lote ou carga no processo de esterilização; • Utilizar luvas de Kevlar quando for retirar da autoclave os Materiais processados; • Encaminhar, com técnica adequada, o material/artigo estéril para a sala de acondicionamento, utilizando máscara e propé. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos; • Nunca se esquecer de envolver o material/artigo que será processado na autoclave no papel manta; • Nunca se esquecer de usar as luvas de Kevlar quando for retirar os Materiais esterilizados; • Nunca se esquecer de identificar o material/artigo conforme a rotina utilizada; • Nunca se esquecer de utilizar os EPI's corretos quando for encaminhar os Materiais estéreis para a sala de acondicionamento. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente; • Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; • Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferência, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



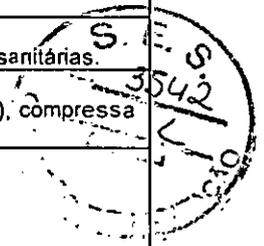
J

R

10/30



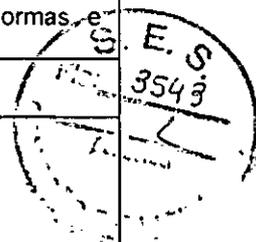
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.4	
		Emissão	
Recepção e esterilização de material lavado em solução		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material processado em solução seja feita dentro dos padrões exigidos pelas normas sanitárias.			
Recursos Necessários Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, máscara com filtro químico, óculos, avental, protetor auricular), compressa estéril, ar comprimido, livro de protocolo e caneta.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Receber os materiais limpos; • Conferir sistematicamente a limpeza, integridade e funcionalidade dos Materiais recebidos; • Avaliar qual tipo de processo o material/artigo deverá ser submetido; • Imergir o material/artigo em solução própria para esterilização, respeitando o tempo necessário de exposição dos mesmos; • Utilizar pinça mestra quando imergir os Materiais dentro da solução; • Retirar o material/artigo de forma asséptica; • Secar o material com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular); • Acondicionar o material/artigo em invólucro apropriado; • Devolver o material/artigo processado ao setor de origem, mediante protocolo. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Ter atenção no momento da conferência dos Materiais limpos recebidos; • Nunca se esquecer de usar a pinça mestra quando for imergir os Materiais dentro da solução; • Respeitar o tempo necessário para a exposição dos materiais/artigo dentro da solução; • Nunca se esquecer de utilizar o papel invólucro correto quando o material/artigo estiver seco. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se perceber que algum material/artigo não está totalmente limpo devolvê-lo para a área de material sujo, para que o mesmo seja lavado novamente; • Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; • Se perceber alguma avaria no material/artigo; no ato da conferencia, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

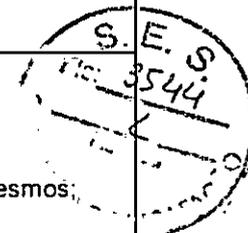


HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.5	
		Emissão	
Recepção de materiais esterilizados na sala de acondicionamento		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material/artigo processado/esterilizado está acondicionado dentro das normas e exigências sanitárias.			
Recursos Necessários EPI's (propé, máscara e gorro), livro de protocolo, livro de ocorrência.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Colocar EPI's para receber os Materiais esterilizados; • Dispor os Materiais conforme as normas e exigências sanitárias; • Manipular os Materiais esterilizados, o mínimo possível; • Controlar e registrar a temperatura da sala de acondicionamento de materiais esterilizados; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Nunca colocar os Materiais uns sobre os outros; • Atenção com os Materiais perfurocortantes; • Não perfurar o invólucro dos materiais (grau – cirúrgico); 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Invólucros não íntegros, devolver para a área de processamento; • Atenção à temperatura ambiente. Se necessário comunicar a enfermeira chefe da CME para que a mesma tome providências; • Se no manuseio de material perfurocortante, o profissional se machucar, comunicar a chefia da CME; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços. 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]

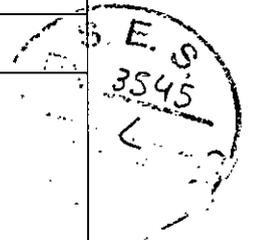
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.6	
		Emissão	
Recebimento de material/artigo médico-hospitalar		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que as condições do material hospitalar sejam adequadas no recebimento.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, ficha de conferência de material.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos; Colocar EPI's (luvas de procedimento e avental); Receber os Materiais médico-hospitalares; Conferir os Materiais quanto à integridade, quantidade e funcionalidade dos mesmos; Registrar em protocolo de recebimento dos Materiais, após conferência; Registrar em impresso própria a ausência de algum material/artigo; Solicitar a assinatura do responsável pela entrega dos Materiais. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Não receber os Materiais sem estar usando os EPI's corretamente; Ter atenção no momento da conferência dos Materiais recebidos; Não se esquecer de registrar a ausência de algum material/artigo. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Na falta de algum EPI, comunicar a chefia imediata para que a mesma faça a solicitação do mesmo; Se perceber alguma avaria no material/artigo, no ato da conferência, registrar no livro de ocorrência da CME e comunicar a enfermeira da unidade; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.7	
		Emissão	
Limpeza de motores e serras		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os motores e serras serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, detergente enzimático, EPI's			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão e secá-las com papel toalha; • Colocar os EPI's; • Desconectar cada acessório: <ol style="list-style-type: none"> 1. Motor, 2. Peça de mão, 3. Protetor de boca, 4. Broca, 5. Serra e 6. Lâmina; • Imergir os acessórios em um recipiente com detergente enzimático, exceto a peça do motor; • Verificar a qualidade da limpeza. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Não iniciar a limpeza dos acessórios sem estar utilizando os EPI's; • Não se esquecer de desconectar os acessórios; • Nunca imergir o motor no detergente enzimático; 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Na falta de algum EPI não prosseguir com o procedimento até à reposição; • Se perceber alguma avaria nos acessórios, comunicar a enfermeira chefe da CME; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

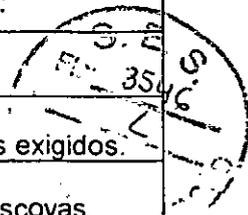


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.8	
		Emissão	
Limpeza de equipamentos pneumáticos		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os equipamentos pneumáticos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, compressa limpa, lubrificante mineral, tecido claro e escovas.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha; • Colocar os EPI's; • Conectar o chicote na peça de mão do aparelho; • Enxaguar com água corrente, removendo o excesso de sujeira, deixando sempre a ponta do aparelho virada para baixo; • Lavar todos os acessórios, tais como, lâminas, brocas e chicotes manualmente, utilizando escovas próprias para essa finalidade; • Enxaguar abundantemente os acessórios em água corrente, evitando a entrada de água no chicote; • Secar os acessórios com compressa limpa; • Verificar se os acessórios estão totalmente limpos; • Organizar os acessórios e encaminhá-los para a sala de preparo; • Submeter os acessórios a um método de limpeza que seja eficaz e conserve os mesmos; • Separar os instrumentos cirúrgicos, sempre que possível; • Abrir as pinças e desconectar os componentes desmontáveis; • Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora; • Enxaguar abundantemente o material; • Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada; • Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos pneumáticos sem estar usando os EPI's corretamente; • Atenção quando for enxaguar o aparelho, deixando sempre a ponta do mesmo para baixo; • Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos; • Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora; • A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente; • A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido; • Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra; • Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso; 			



[Handwritten signature]



<ul style="list-style-type: none">Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza;Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.		
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none">Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos, comunicar a enfermeira da CME;Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite o conserto;		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:



[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



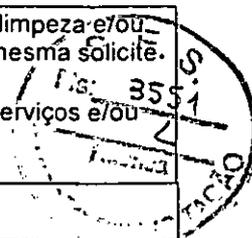
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.9	S. E. S. 13: 3548 2
		Emissão	
Limpeza de equipamentos elétricos		Revisão	S. E. S. 13: 3548 2
		No: Data:	
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os equipamentos elétricos serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; • Colocar os EPI's; • Iniciar o processo de limpeza utilizando um tecido macio limpo, embebido com detergente enzimático para retirar a sujeira; • Usar um tecido limpo úmido até que retire todo o detergente do aparelho; • Conferir a limpeza realizada, verificando a existência de resíduo de sujeira e a presença de danos no aparelho; • Encaminhar equipamento para a área de preparo; • Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora; • Enxaguar abundantemente o material/artigo; • Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada; • Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor. • Inspeccionar a qualidade da limpeza; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Nunca iniciar a limpeza dos equipamentos elétricos sem estar usando os EPI's corretamente; • Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos; • Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora; • A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente; • A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido; • Somente colocar na lavadora ultra-sônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra; • Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso; • Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza; • Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor. 			
Ações em caso de não conformidade			



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP. 10 / Pág. 2550	
		Emissão	
Limpeza de Materiais específicos	Revisão		
	No:	Data:	
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os Materiais serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, tecido macio limpo, detergente enzimático, lubrificante mineral, álcool a 70% e tecido claro.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's; Lavar peça por peça, fazendo fricção, utilizando escova apropriada no corpo, nas articulações e na cremalheira da pinça, seguindo a direção das ranhuras; Lavar manualmente os instrumentos cirúrgicos delicados; Submeter os Materiais a um método de limpeza que seja eficaz e conserve o material; Separar os materiais cirúrgicos, sempre que possível; Abrir as pinças e desconectar componentes desmontáveis; Colocar de forma organizada, os instrumentos cirúrgicos dentro de cestas aramadas de forma que todos fiquem expostos à ação da lavadora; Enxaguar abundantemente o material; Realizar a secagem dos materiais em área limpa, com bancada previamente desinfetada com álcool a 70% e forrada com tecido de cor clara, para facilitar a inspeção da limpeza realizada; Lubrificar as articulações dos instrumentais com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor; Inspeccionar a qualidade da limpeza; Validar o processo de limpeza dos equipamentos. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente; Somente utilizar escovas e produtos não abrasivos para a lavagem dos materiais/equipamentos; Os instrumentais cirúrgicos deverão ser lavados em cestas aramadas que deixe a todos expostos a ação da lavadora; A limpeza de materiais pontiagudos deverá sempre ser feita da seguinte forma: abrir, limpar, enxaguar e fechar novamente; A limpeza de materiais canulados deverá sempre ser feita da seguinte forma: utilizar pistola de água sob pressão e ar comprimido; Somente colocar na lavadora ultrassônica os instrumentais com o mesmo tipo de liga metálica que a dela, para evitar transferência de íons e produção de pontos de corrosão e/ou quebra; Todos os instrumentos/Materiais recém-adquiridos deverão receber uma limpeza prévia, antes de ser realizada a primeira esterilização e uso; Somente secar os instrumentos/Materiais em área limpa e após a higienização e desinfecção da bancada com álcool a 70%. Sempre cobrir a bancada com tecido claro para facilitar a inspeção da limpeza; Somente lubrificar as articulações com lubrificantes minerais (ou o indicado pelo fabricante do aparelho) e permeáveis ao vapor. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Nos casos em que surgir pontos de corrosão ou quebra de instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME; Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento; 			

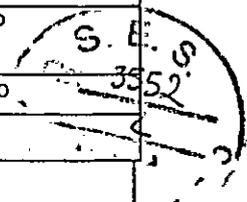


<ul style="list-style-type: none">Nos casos em que venha a ocorrer a quebra de algum equipamento para processar a limpeza e/ou desinfecção dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma solicite a manutenção;Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho.		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:





HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.11	
		Emissão	
Limpeza de materiais de assistência respiratória		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os materiais de assistência respiratória serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's (luvas, avental impermeável, abafador de ruídos e óculos), compressa estéril, ar comprimido, solução enzimática e recipiente para a solução.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's; Desconectar as válvulas, diafragmas, pequenos copos de reservatório; Imergir totalmente o artigo em um recipiente contendo solução enzimática a fim de evitar perdas; Imergir totalmente os artigos (traqueias, ambús, máscaras) em um recipiente contendo solução enzimática; Lavar os artigos; Enxaguar bem os artigos; Secar os artigos com compressa estéril ou com ar comprimido (usar protetor auricular), antes de proceder à desinfecção ou esterilização dos mesmos; Inspeccionar a qualidade da limpeza realizada; Encaminhar para o processo de esterilização ou desinfecção, conforme o tipo de artigo. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente; Atenção ao desconectar os artigos para que não haja perdas; Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos; Atenção na inspeção da qualidade da limpeza. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento; Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum artigo, comunicar a enfermeira da CME; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



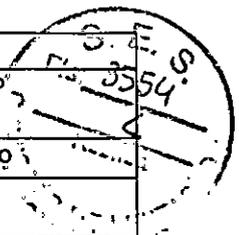
[Handwritten signatures]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP. 12 / C E	
		Emissão	3553
Limpeza dos artigos tubulares		Revisão	2
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os artigos tubulares serão limpos conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, seringa, recipiente para solução enzimática, ar comprimido, hipoclorito de sódio a 1%, solução enzimática ou lavadora ultrassônica.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água, sabão e secar com papel toalha; Colocar os EPI's; Lavar os artigos tubulares o mais rápido possível para assegurar uma limpeza eficiente; Aspirar água abundantemente para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo; Submergir as tubulações, garantido que o ar possa sair do lúmen; Observar a entrada de água por todo o lúmen ou forçar a entrada do líquido com o auxílio de uma seringa; Imergir os artigos em recipiente contendo solução enzimática ou na lavadora ultrassônica; Secar com ar comprimido (usar o protetor auricular); Encaminhar os artigos para o processo de esterilização por óxido de etileno ou autoclave à vapor; Realizar a desinfecção química com hipoclorito de sódio a 1%, obedecendo à técnica estabelecida. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Nunca iniciar a limpeza Materiais sem estar usando os EPI's corretamente; Nunca esquecer de aspirar com água abundante para evitar o ressecamento da matéria orgânica na luz do tubo; Deixar os artigos imersos na solução enzimática pelo tempo necessário para a exposição dos mesmos; Atenção na inspeção da qualidade da limpeza. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a limpeza dos instrumentos/Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender procedimento; Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material, comunicar a enfermeira da CME; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



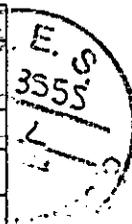
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP. 13	
		Emissão: _____	
Utilização do protetor auricular		Revisão: _____	
		No: _____	Data: _____
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o protetor auricular será higienizado e usado corretamente.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa, álcool a 70%, saco plástico.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão; Higienizar o protetor auricular com uma compressa limpa, embebida em álcool a 70% no início da jornada de trabalho; Manter o protetor auricular em local visível, próximo à saída do ar comprimido; Guardar o protetor auricular dentro de um saco plástico, após a jornada de trabalho. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos antes usar o protetor auricular; Higienizar o protetor auricular no início da jornada de trabalho; Usar sempre o protetor auricular quando utilizar ar comprimido medicinal ou equipamentos ruidosos; Manter o protetor auricular próximo da saída de ar comprimido. Guardar em um saco plástico o protetor auricular, após a jornada de trabalho. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Nos casos de perdas ou danos ao protetor auricular, comunicar imediatamente a enfermeira da CME; 			
Responsável pela elaboração: _____			
Responsável pela aprovação: _____		Aprovação	
		Assinatura do representante _____	Data: _____



[Handwritten initials]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP. 14	
		Emissão	
Secagem de artigos / materiais médico-hospitalares		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os materiais médico-hospitalares sejam secos com a técnica correta, permitindo o aumento de vida útil dos artigos / materiais, sobretudo, àqueles que possuem articulações, ranhuras e cremalheiras.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa, protetor auricular, pistola de ar comprimido.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão; • Enxugar as mãos com uma compressa limpa; • Colocar o protetor auricular; • Inspeccionar os materiais / artigos quanto à limpeza realizada, integridade e funcionalidade dos mesmos; • Realizar a secagem dos materiais / artigos com a pistola de ar comprimido; • Encaminhar os materiais / artigos para a área de preparo. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Sempre higienizar as mãos antes de iniciar a secagem dos materiais / artigos médico-hospitalares; • Ter bastante atenção quando for inspeccionar a limpeza, integridade e funcionalidade dos materiais / artigos médico-hospitalares; • Usar o protetor auricular quando for utilizar o ar comprimido medicinal e equipamentos ruidosos. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se o protetor auricular apresentar avaria, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição do mesmo; • Se a pistola de ar comprimido apresentar defeitos, informar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto desta; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:		Aprovação	
Responsável pela aprovação:		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



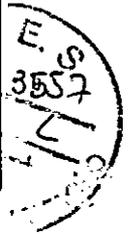
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP. 15	
	Central de Materiais e Esterilização	Emissão	
Lubrificação de materiais / artigos médico-hospitalares		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os materiais / artigos médico-hospitalares sejam lubrificados da forma correta, permitindo o aumento de vida útil destes.			
Recursos Necessários Água, sabão, papel toalha, EPI's, lubrificante, recipiente limpo, compressa limpa e papel invólucro apropriado.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão e, secá-las com papel toalha; • Colocar os EPI's; • Diluir o lubrificante conforme indicação do fabricante e colocá-lo dentro do recipiente limpo; • Imergir os materiais / artigos abertos dentro da solução deixando-os permanecer durante o tempo indicado pelo fabricante; • Retirar os materiais / artigos e colocá-los sobre uma compressa limpa; • Esperar que os materiais / artigos sequem; • Acondicionar os materiais / artigos em papel apropriado. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Atenção ao diluir o lubrificante para que seja feito, conforme indicações do fabricante; • Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante; • Somente envolver os Materiais em papel apropriado, após a secagem total dos mesmos. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a lubrificação do Material, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento; • Se faltar algum produto necessário para a execução da tarefa de lubrificar os Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie; • Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME; • Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.16	
		Emissão	
Utilização de ar comprimido		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o ar comprimido medicinal será utilizado dentro dos padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa, EPI's, malhar tubular estéril e pistola.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa; Colocar os EPI's (luvas de procedimento e protetor auricular); Colocar a malha tubular estéril na pistola de ar comprimido; Pressionar a pistola e iniciar o processo de secagem dos Materiais; Retirar a malha tubular da pistola após o término da secagem. 			
Cuidados Somente iniciar o processo de secagem após higienizar as mãos, colocar os EPI'S e colocar a malha tubular na pistola de ar comprimido.			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a secagem do Materiais, comunicar a enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento; Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME, para que a mesma providencie o conserto da mesma; Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



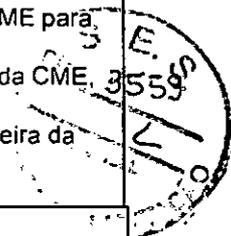
[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.17	
		Emissão	
Desinfecção de Materiais		Revisão,	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os Materiais serão desinfetados, conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, EPI's (luvas de borracha, protetor auricular, gorro, máscara, avental impermeável e óculos de proteção), recipiente de plástico rígido ou vidro com tampa, compressa limpa, cuba metálica, solução desinfetante, água estéril, papel manta, pistola de ar comprimido e álcool a 70%.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão; • Colocar os EPI's necessários (luvas de borracha, gorro, máscara, óculos de proteção e avental impermeável) antes de iniciar o processo de desinfecção dos Materiais; • Colocar na tampa do recipiente (vidro ou plástico rígido) a identificação do processo realizado (nome da solução desinfetante, data da manipulação, validade e responsável); • Lavar os Materiais e secá-los antes de submergi-los na solução desinfetante; • Colocar a solução desinfetante em quantidade suficiente no recipiente apropriado e identificado; • Imergir os Materiais dentro da solução desinfetante, de forma que fiquem envolvidos completamente; • Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas; • Deixar os Materiais imersos em solução desinfetante, conforme as instruções do fabricante (utilizar um timer); • Enxaguar abundantemente com água estéril os Materiais que foram submetidos à solução desinfetante química; • Colocar os Materiais desinfetados sobre compressas limpas, cuidando para que não haja recontaminação dos mesmos; • Colocar protetor auricular e iniciar o processo de secagem com a pistola de ar comprimido medicinal; • Proceder à secagem rigorosa dos Materiais antes de guardar, evitando surgimento e/ou crescimento de fungos; • Fazer a revisão de todo o material/artigo desinfetado e seco; • Acondicionar os Materiais em recipientes e/ou invólucros apropriados; • Lavar o recipiente da solução e desinfetá-lo com álcool a 70%; • Guardar o recipiente em local apropriado. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão, secando-as com compressa limpa; • Colocar os EPI's antes da realização de processo (desinfecção e secagem); • Colocar os Materiais dentro de cuba metálica, sobre compressa limpa, se for necessário, evitando o desgaste dos mesmos; • Preencher com solução desinfetante os Materiais que contenham áreas ocas; • Adotar métodos de validação e monitoração dos processos de desinfecção; • Controlar a qualidade dos processos de desinfecção; • Atenção ao imergir com os Materiais na solução, para que os mesmos fiquem expostos conforme o tempo especificado pelo fabricante; • Somente envolver os Materiais em papel e/ou recipiente apropriado, após a secagem total dos mesmos; • Desinfetar o recipiente da solução após lavagem, com álcool a 70%; • Realizar a limpeza do recipiente onde fica a solução desinfetante, desprezando a solução após o término do processo se verificar que a mesma contém sujidade, alteração na saturação ou de acordo com a recomendação do fabricante. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> • Se faltar algum EPI e/ou produtos para processar a desinfecção dos Materiais, comunicar a 			



enfermeira da CME, para que ela providencie e suspender o procedimento;		
<ul style="list-style-type: none">• Se faltar algum produto para a execução correta das tarefas, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie a substituição;• Se faltar ocorrer algum problema com a pistola de ar comprimido, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma providencie o conserto da mesma;• Nos casos em que venha a ocorrer a perda de algum material / artigo, comunicar a enfermeira da CME;		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data:

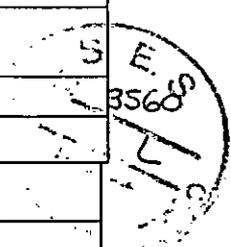


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



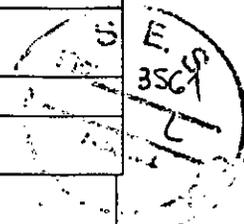
HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.18	
		Emissão	
Utilização e limpeza da máscara facial		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que a máscara facial será usada corretamente e que a sua limpeza será feita conforme padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, compressa limpa.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão, antes de utilizar a máscara; Adaptar a máscara à face de forma que não haja vazamento; Limpar a máscara com uma compressa limpa e úmida após o uso da mesma, no final de cada procedimento; Guardar a máscara após uso e limpeza em armário fechado, próximo a área de manipulação. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Usar a máscara sempre que manusear soluções voláteis; Usar a máscara sempre que manipular glutaraldeído a 2%; Realizar a troca do filtro da máscara conforme orientações do fabricante; Manter a máscara em armário fechado, próximo à área de manipulação. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Solicitar a enfermeira da CME que providencie nova máscara e/ou a troca do filtro da mesma se perceber que a mesma está apresentando vazamentos, mesmo quando bem ajustada à face; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.19	
		Emissão	
Limpeza e desinfecção do analisador de O2 (assistência respiratória)		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento, álcool a 70%.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar a mãos com água e sabão; Colocar as luvas para iniciar o processo de limpeza do analisador de O2; Limpar o analisador de O2; Desinfetar o analisador de O2 com álcool a 70%; Realizar a operação por três vezes seguidas; Deixar secar naturalmente e guardar. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2; Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do analisador de O2. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:



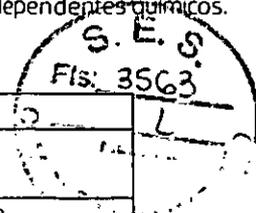
[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.20	
		Emissão	Revisão
Limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio (assistência respiratória)		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento, compressa limpa, solução detergente enzimática, álcool a 70%.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza do cabo de laringoscópio; Limpar o cabo com uma compressa limpa embebida em solução detergente enzimática; Remover a solução detergente enzimática com uma compressa limpa úmida; Deixar o cabo secar e proceder a desinfecção com álcool a 70%; 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos e colocar as luvas antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio; Repetir por três vezes seguidas, o processo de limpeza e desinfecção do cabo de laringoscópio. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

S. E. S.
3562
L.

[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.21	
		Emissão	
Limpeza da lâmina do laringoscópio (assistência respiratória)		Revisão	
		No:	Data:
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, solução detergente enzimática, glutaraldeído a 2% e/ou álcool a 70%.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da lâmina do laringoscópio; Desconectar a lâmpada e limpá-la; Lavar a lâmina em água corrente e detergente enzimático; Imergir a lâmina em solução de glutaraldeído a 2% por 30 minutos; Deixar secar e guarda em local apropriado. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Nunca iniciar nenhum processo de desinfecção, esterilização e/ou manuseio de Materiais já esterilizados/desinfetados sem antes higienizar as mãos; Não se esquecer de desconectar a lâmpada do laringoscópio antes de iniciar a limpeza e desinfecção da lâmina do mesmo; Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da lâmina do laringoscópio. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Na falta de solução de glutaraldeído a 2% realizar a desinfecção da lâmina com uma compressa limpa embebida em álcool a 70%, repetindo a operação por 3 vezes seguidas; Comunicar a Chefia imediata, quaisquer dificuldades apresentadas na execução dos serviços e/ou alterações ocorridas durante a jornada de trabalho. 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

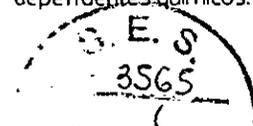
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



3564

HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.22	
		Emissão	
Limpeza da máscara (assistência respiratória)		Revisão	
		No:	Data:
Executante			
Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados			
Assegurar que o material seja limpo e desinfetado conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários			
Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.			
Atividades			
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos com água e sabão; • Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza da máscara de assistência respiratória; • Lavar a máscara em água corrente; • Envolver a máscara em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora; • Deixar secar e guarda em local apropriado. 			
Cuidados			
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção da máscara de assistência respiratória; • Na desinfecção da máscara com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar a mesma na solução por uma hora e sem enxágüe. 			
Ações em caso de não conformidade			
<ul style="list-style-type: none"> • Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção da máscara, colocar a mesma numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:		Aprovação	
		Assinatura do representante	Data:

[Handwritten signature]



HUGO 2	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Central de Materiais e Esterilização	POP.23	
		Emissão	
Limpeza e desinfecção de ambús, nebulizadores, cânulas de Guedel e irrigadores	Revisão		
	No:	Data:	
Executante Técnico de enfermagem.			
Resultados esperados Assegurar que os materiais sejam limpos e desinfetados conforme os padrões sanitários exigidos.			
Recursos Necessários Água, sabão, luvas de procedimento, máscara, compressa limpa, hipoclorito de sódio a 0,02% ou hipoclorito de sódio a 1%.			
Atividades <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos com água e sabão; Colocar as luvas e a máscara antes de iniciar o processo de limpeza dos materiais; Lavar os materiais em água corrente; Envolver os materiais em hipoclorito de sódio a 0,02% por uma hora; Deixar secar e guarda em local apropriado. 			
Cuidados <ul style="list-style-type: none"> Higienizar as mãos e colocar as luvas e máscara antes de iniciar o processo de limpeza e desinfecção dos materiais; Na desinfecção dos materiais com hipoclorito de sódio a 0,02% deixar os mesmos em solução por uma hora e sem enxágüe. 			
Ações em caso de não conformidade <ul style="list-style-type: none"> Na falta da solução de hipoclorito de sódio a 0,02% para realizar a desinfecção dos materiais, colocar os mesmos numa solução de hipoclorito de sódio a 1% por um tempo de trinta minutos e enxaguar abundantemente em água corrente, antes de colocar para secar; 			
Responsável pela elaboração:			
Responsável pela aprovação:	Aprovação		
	Assinatura do representante	Data:	