

**PROPOSTA TÉCNICA PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE
CARVALHO - HEJ, CONFORME INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº
06/2024-SES/GO**

**PROPONENTE:****Razão Social:** BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL**Endereço:** Avenida São Paulo, 340 – Vila Brasil – CEP 18.285.000 – Cesário Lange-SP**Endereço eletrônico:** www.bhcl.org.br**Telefone:** (15)3246-1410**Número de inscrição:** 50.351.626/0001-10



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

DECLARAÇÃO

Pela presente declaração, torno público para os devidos fins, que prestarei no HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ, todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no EDITAL 06/2024 – SES/GO aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de **120 (cento e vinte) dias** a partir da data de abertura de 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.

Cesário Lange, 02 de outubro de 2024

**SUMÁRIO**

4. ÁREA DE QUALIDADE	434
4.1 IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES	434
4.1.16 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)	434
4.1.16.1 Proposta para Implantação de Protocolos para Prevenção de Riscos	445
4.1.16.1.1 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Quedas	445
4.1.16.1.2 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Flebite	450
4.1.16.1.3 Proposta para Implantação de Protocolo para Identificação Segura do Paciente	456
4.1.16.1.4 Proposta para Implantação de Protocolo para Comunicação Efetiva – Passagem de Plantão	462
4.1.16.1.5 Proposta para Implantação de Protocolo para Higiene das Mãos	465
4.1.16.1.6 Proposta para Implantação de Protocolo para Cirurgia Segura	468
4.1.17 COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	473
4.1.18 COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)	478
4.1.19 COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	482
4.1.19.1 Proposta de constituição da comissão de padronização de produtos de saúde	483
4.1.20 Comissão de Farmácia e Terapêutica	487
4.1.21 COMITÊ DE COMPLIANCE	498
4.1.21.1 Compliance e Código de Conduta	498
4.1.21.2 Proposta para Implantação do Comitê de Compliance	501
4.1.22 COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO, DISCUSSÃO E PREVENÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL	505
4.1.23 OUTRAS COMISSÕES	508
4.1.23.1 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	508
4.1.23.2 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	518
4.1.23.3 Comissão de Residência Médica (COREME)	527
4.1.23.4 Comissão de Ética em Enfermagem	542
4.2 PROJETO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE INDIVIDUALIZADA PARA O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	548
4.2.1 TERMO DE REFERÊNCIA PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE	551
4.2.2 ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	564
4.2.3 COMPROVAÇÃO DE APROVEITAMENTO - AVALIAÇÕES	566
4.2.4 COMPROVAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO	567
4.2.5 CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS	568
4.2.6 COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	574
4.3 FLUXO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE	577
4.3.1 Núcleo de Manutenção Geral – NMG	591
4.4 DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE	593
4.4.1 POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO, OU SUAS PRÓPRIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE	593

4.4.1.1 Projeto de Hospital de Ensino para a Unidade	594
4.5 ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO	599
4.5.1 ACOLHIMENTO	599
4.5.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco	599
Fluxograma de classificação de risco	607
O USO DE PULSEIRAS PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES	624
4.5.1.2 Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	627
4.5.2 ATENDIMENTO	632
4.5.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente	632
4.5.2.2 Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada à SES, com pesquisa de satisfação	635
4.2.2.2.1 Proposta de desenvolvimento da pesquisa de satisfação	639
5. QUALIDADE TÉCNICA	650
5.1 EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE	651
5.1.1 EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS	651
5.1.2 EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS	651
5.1.3 CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR NA ÁREA DA SAÚDE, COM PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE HOSPITALAR, COM ANUÊNCIA POSTERIOR DA SES/GO	651
5.1.4 APRESENTAÇÃO DE ORGANOGrama DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO	651
5.1.4.1 Apresentação do Organograma	652
5.1.4.2 Definição das competências de cada membro do corpo diretivo	652
5.1.5 TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E/OU GESTÃO EM SAÚDE DOS MEMBROS DA DIRETORIA E GERÊNCIA QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR	660
5.1.6 EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR	660
5.2 IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	660
5.2.1 APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO	661
5.2.2 PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA	661
5.2.3 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO	661
5.2.3.1 Protocolo Assistencial de Atendimento à Pessoa Vítima de Violência	661
5.2.3.2 Protocolo Assistencial de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica	665

5.2.3.3	Protocolo Assistencial para Atendimento do Paciente com Dor Torácica	666
5.2.3.4	Protocolo Assistencial de Atendimento para AVC	679
5.2.3.5	Protocolo Assistencial de Atendimento para Seps	682
5.2.3.6	Protocolo Assistencial de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória	683
5.2.3.7	Protocolo Assistencial de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória Pediátrica	688
5.2.3.8	Protocolo Assistencial para Manejo das Vias Aéreas	693
5.2.3.9	Protocolo de Atendimento à Infecção do Trato Urinário – ITU na pediatria	694
5.2.3.10	Protocolo de Atendimento à Insuficiência Respiratória Aguda	697
5.2.4	PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAIS DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS	705
5.2.5	PROPOSTA PARA CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ENTIDADES DE ENSINO PARA DESENVOLVIMENTO DE ESTÁGIO CURRICULARES, TREINAMENTOS EM SERVIÇOS, RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS	705
5.2.6	APRESENTAÇÃO DE TÍTULO STRICTO SENSU NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE DOS INDICADOS PARA A GESTÃO DA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INTERESSE DO TITULAR	713
5.2.7	PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME E BLOCO CIRÚRGICO	714
5.2.7.1	proposta de protocolo geral de enfermagem	714
5.2.7.2	proposta de protocolo de centro cirúrgico	720
5.3	IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	725
5.3.1	INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	725
5.3.2	INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	726
5.3.2.1	Instrução para o funcionamento de fisioterapia	726
5.3.2.2	Instrução para o funcionamento do Serviço de Terapia Ocupacional	729
5.3.2.3	Instrução para o funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia	732
5.3.2.4	Instrução para o funcionamento do Serviço de Psicologia	734
5.3.2.5	Instrução para o funcionamento do Serviço de Farmácia	737
5.3.2.5.1	Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalar	747
5.3.2.5.2	Protocolo de atuação sistematizada da Farmácia Clínica	751
5.3.2.5.3	Protocolo de Conciliação Medicamentosa	758
5.3.2.6	Instrução para o funcionamento do Serviço de Nutrição e Dietética	765
5.3.2.7	Instrução para o funcionamento do Serviço de Odontologia	767
5.3.2.8	Instrução para o funcionamento do Serviço de Enfermagem	768
5.3.3	NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	773
5.3.4	APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES	775
5.3.5	APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL	776
5.3.6	ORGANIZAÇÃO DE OUTROS SETORES/SERVIÇOS	776
5.3.6.1	Organização do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde – SCIRAS	776

5.3.6.2 Organização da Agência Transfusional	783
5.3.6.3 Serviço de Higiene e Limpeza	785
5.3.6.3.1 Proposta para Manual do Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar	786
5.3.6.4 Lavanderia e Rouparia	801
5.3.6.5 Serviço de Controle de Acesso e Vigilância	803
5.4 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	805
5.4.1 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES	805
5.4.2 APRESENTAÇÃO DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS	822
5.4.3 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO	822
5.4.3.1 Normas para Seleção de Pessoal	823
5.4.3.2 Processo de Admissão e Contrato de Trabalho	828
5.4.3.3 Avaliação de Desempenho	832
5.4.3.4 Sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	833
5.4.4 REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO E APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA CASOS DE AFASTAMENTOS (FÉRIAS E LICENÇAS)	838
5.4.4.1 Registro e controle de pessoal	838
5.4.4.2 Modelo de escala para o corpo de enfermagem	839
5.4.4.3 Critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	840
6. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS	841
7. PLANILHA FINANCEIRA	853

ANEXOS**Anexo 1.** Manual do NIR**Anexo 2.** Plano de Segurança do Paciente**Anexo 3.** Ata de Aprovação do Programa de Compliance**Anexo 4.** Termo de Acordo de Cooperação com Entidade de Ensino**Anexo 5.** Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos**Anexo 6.** Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos**Anexo 7.** Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS**Anexo 8.** Titulação de Especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório**Anexo 9.** Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório**Anexo 10.** Manual de Protocolos de Enfermagem**Anexo 11.** Manual de Protocolos Médicos



Anexo 12. Manual de protocolos de Obstetrícia

Anexo 13. Manual de protocolos de Saúde Mental

Anexo 14. Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

Anexo 15. Manual de Protocolos da Farmácia

Anexo 16. Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL

Anexo 17. Manual de Compras

Anexo 18. Plano de Cargos e Salários

Anexo 19. Código de Integridade Ética e Compliance - Manual de Compliance

Anexo 20. Planilha de Dimensionamento de RH

Anexo 21. Proposta Financeira



TÍTULO

Proposta Técnica para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEI).

4. ÁREA DE QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho enquanto que a Qualidade Subjetiva avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital.

4.1 Implantação de comissões

Para cada comissão elencada a seguir, está apresentado o regimento correspondente. Ressalta-se que este documento é um modelo e será adequado às características e perfil da unidade, objeto de contrato.

As reuniões de todas as comissões estão previstas para acontecerem mensalmente, e na necessidade, reuniões extraordinárias, a qualquer tempo.

Continuação do item apresentado no Volume 1.

4.1.16 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Segundo a Resolução-RDC nº 36/2013 (ANVISA, 2013a) os NQSP devem atuar como coordenadores e articuladores das demais instâncias do cuidado com vistas à promoção de ações preventivas e corretivas (BRASIL, 2014) e são responsáveis pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente do serviço de saúde, que deve contemplar as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde.

O Cronograma de Atividades será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais e por solicitação.

Segue em **Anexo 2** o Plano de Segurança do Paciente, desenvolvido pela BHCL, que será adaptado à realidade local.

Para a organização do Núcleo de Segurança do Paciente propomos o seguinte regimento:

RJ



Proposta para Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende às normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor.

Parágrafo único. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência da Unidade.

Art. 3º O NQSP tem por finalidade assessorar a Direção da Unidade de Saúde, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 6º Considera-se dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em danos à saúde.

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos

- a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
- b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
- c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).

b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.

c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/comparecimento no serviço de saúde.

f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.

g) Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado.

h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

RJ



V- Eventos ambientais

- a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

- a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- b) Sequestro de paciente de qualquer idade.
- c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11. A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 12. Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

RJ



Art. 13. Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 14. Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16. Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NQSP.

Art. 17. Este Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: Portaria MS nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18. O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente, por:

- I. 1 representante da Superintendência.
- II. 1 representante da Gerência de Atenção à Saúde
- III. 1 médico representante da Divisão Médica
- IV. 1 representante da residência médica
- V. 1 representante da residência multiprofissional
- VI. 1 enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem

RJ



- VII. 1 representante da Divisão de Gestão de Cuidados
- VIII. 1 farmacêutico representante da Farmácia
- IX. 1 representante Setor de Vigilância em Saúde, que coordenará o Núcleo
- X. 1 representante da Gerência Administrativa.
- XI. Enfermeiros líderes das unidades

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19. Princípios e diretrizes do Núcleo:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20. Competências do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição.
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição.
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição.
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

RJ



- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde
- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização.
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente
- XVIII. Apoiar a Sede da BHCL no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa
- XIX. Participar de eventos e demais ações promovidas pela BHCL Sede sobre segurança do paciente e qualidade
- XX. Sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente
- XXI. Estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21. Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

- a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde
- b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde
- d) Proteção à identidade do notificador
- e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.
- f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 24. As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões
- II. Produzir e expedir documentos
- III. Distribuir tarefas
- IV. Conduzir os trabalhos
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25. O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NQSP.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26. O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NQSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NQSP

Art. 27. São princípios do NQSP:



- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde.
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos.
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 28. Compete ao NQSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição
- II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
- III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição.
- IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.
- V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhada com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.
- VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição
- VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
- IX. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinado pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde
- XI. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde

RJ



- XII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias
- XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade.
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade
- XV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional
- XVI. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização.
- XVII. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente.
- XVIII. Apoiar a Sede da BHCL no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa
- XIX. Participar de eventos e demais ações promovidas pela BHCL Sede sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 29. As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 30. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Art. 31. As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 32. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

Art. 33. A convocação para reunião do NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

RJ



Art. 34. O NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 35. As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros do NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 36. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 37. Os membros do NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 38. As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 39. As deliberações do NQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º. As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º. As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º. Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 40. O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 41. São consideradas atividades administrativas:

- a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQSP
- b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP
- c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NQSP

Art. 42. O NQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam ao NQSP.

§ 1º. Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NQSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQSP.

§ 3º. O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões
- II. Definir responsabilidades dos componentes
- III. Conduzir os trabalhos
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 43. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 44. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 45. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação
Cronograma Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Elaboração e Padronização de documentos	Equipe			X	X	X							
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A seguir, apresentamos os modelos de protocolos para gerenciamento dos riscos.

4.1.16.1 Proposta para Implantação de Protocolos para Prevenção de Riscos

4.1.16.1.1 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Quedas

RJ



1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os critérios para avaliação e prevenção do risco de queda do paciente, e reduzir a ocorrência de queda de paciente/ usuários assistidos na Instituição e o dano dela decorrente, por meio da implantação/ implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente/ usuário, garantindo o cuidado multiprofissional em ambiente seguro, e promovam a educação do paciente/ usuário, familiares e profissionais.

2. APLICAÇÃO

Em todos os ambientes do Hospital Estadual de Jataí.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Definição

De modo geral, a serviço de saúde acarreta o risco de queda, pois os paciente/ usuários se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predisõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco quedas de paciente/ usuários, contribuindo para aumentar: o tempo de permanência serviço de saúde, custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, produzir repercussões na credibilidade da instituição, bem como as de ordem legal e interferir na continuidade do cuidado.

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Consideram-se quedas as seguintes situações:

- Quando encontramos o paciente/ usuário no chão;
- Quando o paciente/ usuário é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Quando o paciente/ usuário escorrega de uma cadeira/ poltrona/ vaso sanitário para o chão.

3.2. Procedimento

Agente	Procedimento

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Enfermeiro	▪ Avaliar e identificar o risco de queda durante a coleta de dados, levando em consideração os seguintes fatores de risco: ✓ Idade < 5 ou > 65; ✓ Agitação psicomotora ou confusão; ✓ Déficit sensitivo; ✓ Distúrbios neurológicos; ✓ Uso de medicamentos*; ✓ Urgência urinária ou intestinal; ✓ Distúrbios psiquiátricos; ✓ Dificuldade de marcha; ✓ Jejum prolongado; ✓ Queda no último ano. ▪ Fatores de alto risco para queda: ✓ Idade acima de 75 anos; ✓ Ocorrência de queda no último ano; ✓ 4 ou mais fatores de risco. ▪ Avisar a equipe de enfermagem que o paciente tem risco de queda; ▪ Fixar a etiqueta amarela no impresso de Gerenciamento de Risco Assistencial, colocar a pulseira amarela no paciente. ▪ Prescrever os cuidados de enfermagem; ▪ Entregar o folheto de orientações para prevenção de queda ao paciente e acompanhante; ▪ Solicitar a presença de um familiar/ acompanhante 24 horas.

*Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e Polifarmácia (uso de 04 ou mais medicamentos).

Nota: Em caso de ocorrência de queda, o Enfermeiro deve abrir a ficha de notificação de queda e entregá-la à Supervisão de Enfermagem. O Médico deve ser avisado imediatamente.

3.3. Cuidados de Enfermagem para prevenção de quedas

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Agente	Procedimento
Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	▪ Orientar o paciente e o acompanhante/familiar quanto ao risco de queda; ▪ Orientar o paciente a não se levantar sem o auxílio da enfermagem; ▪ Orientar o paciente quanto ao uso de calçado adequado; ▪ Orientar o paciente quanto ao uso da campainha sempre que precisar levantar-se; ▪ Manter a campainha e o aparelho telefônico próximo ao paciente; ▪ Manter as grades do leito elevadas; ▪ Manter as grades das macas elevadas; ▪ Manter cama travada; ▪ Redobrar a atenção durante a transferência do paciente da maca para o leito ou deste para a maca; ▪ Transferir o paciente da cama para a maca e vice-versa com o transfer; ▪ Deixar a área de circulação do paciente livre de qualquer móvel que possa desencadear queda (escadinha, suporte de soro, mesa de refeição, cadeira, outros); ▪ Manter iluminação da cabeceira durante a noite; ▪ Evitar deixar pisos molhados em áreas de circulação de pacientes; ▪ Acompanhar o paciente ao banho acomodando-o na cadeira higiênica. ▪ Em caso de agitação que possa levar ao risco de queda, aplicar o POP de Contenção Mecânica e comunicar familiar / acompanhante.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Agente	Procedimento
Enfermeiro/ Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Em Pediatria • Usar cintos de segurança nos carrinhos. • Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) • ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i> • > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. • Transporte da criança: • ≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas. • 6 meses ≤ 36 meses: Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. • Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem). • 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável. Nota: No caso de <i>crianças</i> o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda indica a necessidade de acompanhante. Para paciente/ usuários <i>adultos</i>, o símbolo da placa de Identificação de Risco para Queda, indica restrição para a deambulação desacompanhado (alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem).

3.4 Educação ao Paciente/ Familiar

O enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem deve:

- Explicar ao paciente e familiar os riscos identificados como fator de queda;
- Orientar medidas preventivas: manter grades elevadas, uso de calçado com solado antiderrapante;
- Entregar o folheto com as orientações, reforçá-las e solicitar que o paciente/acompanhante assinem uma das vias. Anexar em prontuário.

Nota: A primeira orientação deve ser realizada pelo enfermeiro, na admissão do paciente.

O reforço deve ser diário, e por toda a equipe de enfermagem

3.5. Ocorrência da queda

O enfermeiro/técnico/auxiliar de enfermagem deve:

- Estabilizar o paciente/ usuário
- Chamar o médico para avaliação
- Realizar exames de Raios X, mesmo na ausência de sinais de fraturas
- Conversar com a família



- Realizar o registro em prontuário
- Reclassificar o paciente/ usuário
- Reorientar o paciente/ usuário, família e acompanhante sobre o risco de queda
- Preenchimento da Ficha de Notificação de Queda em impresso próprio e encaminhar ao NSQP.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Folha de anotação de enfermagem/SAE; POP Anotação de Enfermagem; POP Contenção Mecânica; Protocolo para Prevenção de Quedas.

6. SETORES RELACIONADOS

Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão inicial.

4.1.16.1.2 Proposta para Implantação de Protocolo de Prevenção de Flebite

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a prevenção da flebite, identificação e conduta na ocorrência do evento, para garantir a segurança do paciente e equipe durante a administração da terapia parenteral.

2. APLICAÇÃO

Unidades de saúde.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Identificação do Risco

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o risco para flebite na admissão do paciente, e diariamente, de acordo com os critérios abaixo:

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Sem riscos
Fatores de risco
Idade > 60 anos
Imunodepressão*
Alteração da sensibilidade
Alteração de perfusão
Antecedentes de flebite
Múltiplas punções
Inserção em emergência
Inserção em mãos e pés (adultos)
Dispositivo periférico de > calibre
Soluções irritantes**

*Paciente renal, mal formação cardíaca, pós-QT; ** Solução > 10% glicose, > 5% proteína, extremos de pH e osmolaridade.

- Registrar o risco no Formulário de Monitoramento de risco XX.

3.2 Conduta na ocorrência da flebite

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o grau de flebite, de acordo com a escala de flebite (*The Infusion Nurses Society – INS*):

Grau	Critério Clínico
0	Sem sintomas clínicos
1	Eritema no local de acesso com ou sem dor
2	Dor no local de acesso + Eritema e/ou edema
3	Dor no local de acesso + Eritema e/ou edema + Formação de uma linha + Cordão venoso palpável
4	Dor no local de acesso com eritema + Formação de uma linha + Cordão venoso palpável (>2,5cm) + drenagem purulenta

RJ



- Prescrever retirada do cateter e nova punção em outro local. E, prescrever se pertinente compressa morna e/ou elevação do membro.
- Preencher o Formulário para Análise e Verificação de Flebite, e entregar na Gerência de Enfermagem.
- Solicitar avaliação médica.
- Realizar anotação de enfermagem e registrar grau de flebite e medidas realizadas.

Nos dias subsequentes, o enfermeiro deve:

- Avaliar a flebite diariamente;
- Observar a melhora ou piora: Aspecto, extensão, dor e edema;
- Reavaliar conduta – se necessário solicitar nova avaliação médica;
- Anotar em prontuário a avaliação e conduta.

A Equipe Médica deve:

- Prescrever medicamento tópico ou sistêmico, conforme necessidade.

3.3 Educação ao paciente / familiar:

Orientar:

- Paciente e acompanhante para não alterar a velocidade de infusão.
- Não manipular o dispositivo venoso.
- Não retirar o curativo.
- Restrição de movimento do membro puncionado.
- Solicitar a enfermagem, sempre que sentir qualquer desconforto no local da punção e/ou durante a infusão da terapia parenteral.

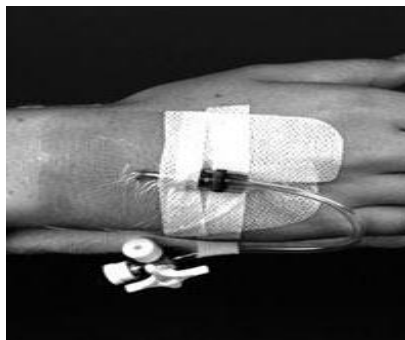
3.4 Prevenção:

O Enfermeiro deve:

- Avaliar o local de inserção do dispositivo venoso, diariamente.
- Realizar prescrição de enfermagem, e prescrever: data da troca dos dispositivos e troca da fixação.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa mecânica:

- Utilizar cateter intravenoso de calibre adequado ao lúmen da veia.
- Fixar de maneira adequada, estabilizando o cateter, para evitar a mobilização no interior da veia.



Guideline Infusion Nursing Society (INS)

- Evitar a punção em região de articulação.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa química:

- Diluir as medicações, conforme padronizado pela farmácia.
- Infundir as medicações no tempo prescrito, e preconizado pela farmácia.

A Equipe de Enfermagem deve, para prevenir flebite de causa bacteriana:

- Realizar antisepsia do local, com algodão e álcool a 70%, e não tocar o local da punção após.
- Preparar as medicações com técnica asséptica.
- Realizar desinfecção das conexões com álcool a 70%, por meio de fricção vigorosa antes de desconectar o sistema, para infusão (polifix, dãnula).
- Trocar os dispositivos (dispositivo venoso, equipo, bureta, polifix, dãnula) a cada 72 horas.
- Em pediatria: O acesso venoso só deve ser trocado em caso de indicação clínica: infiltração ou flebite.
- Fixar o curativo, mantendo a esterilidade do mesmo.
- Proteger o acesso venoso, com plástico, ao encaminhar o paciente para o banho.

Além disso, a Equipe de Enfermagem deve:

- Higienizar as mãos antes de separar o material, antes de puncionar o paciente, e manter as luvas até o término da fixação do dispositivo.
- Realizar as orientações ao paciente e/ou acompanhante.



- Seguir as recomendações preconizadas para diluição e tempo de infusão. Na dúvida, contatar o farmacêutico.
 - Realizar desinfecção do diafragma do frasco de medicação com álcool a 70% antes de perfurar.
 - Não utilizar a medicação se estiver turva ou precipitada – encaminhar para a farmácia, para possível análise.
 - Colocar data de punção no acesso venoso e nos dispositivos de infusão.
 - Observar o acesso venoso, a cada infusão, e comunicar o enfermeiro se alterações: calor, rubor, edema, dor e/ou presença de secreção, na inserção e/ou trajeto.
 - Implementar a prescrição de enfermagem.
 - Realizar anotação de enfermagem e registrar:
- Na primeira punção: calibre do dispositivo, número de tentativas e localização.
 - Dias subsequentes: condições do acesso venoso e da infusão, troca de dispositivos e motivo.

A Equipe Médica deve:

- Prescrever cada medicação com a diluição e tempo de infusão preconizado.
- Avaliar necessidade de cateter venoso central, quando solicitado.

O Farmacêutico deve:

- Manter atualizado manual de diluição e tempo de infusão.

3.5 Registros

O enfermeiro (a) clínico (a) deve:

- Acessar o sistema ou utilizar impresso próprio, realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (Exame Físico, Prescrição e Evolução de Enfermagem), e Anotação de Enfermagem imprimir, assinar e carimbar.
- Anexar os documentos no prontuário do paciente;
- Preencher o formulário Indicador de Processos – Flebite avaliação preventiva, semanalmente, de pacientes com risco para desenvolver flebite.
- Entregar para a equipe de enfermagem, na Sala da Supervisão de Enfermagem.

3.6 Indicador de Processo

O Formulário de Indicador de Processo – Flebite – Avaliação Preventiva deve ser preenchido pela Enfermeira Assistencial responsável pela SAE dos pacientes que apresentam o Risco, uma vez por semana e anexado ao prontuário.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

A enfermeira ainda deve:

- Registrar os dados no sistema ou em caderno/ impresso próprio;
- Analisar as informações em conjunto com as notificações;
- Avaliar o processo.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem; QT: quimioterapia.

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Manual do SCIH; Folha de anotação de enfermagem/SAE; POP Anotação de Enfermagem; POP Preparo e Administração de Medicação Endovenosa; POP Troca de dispositivos.

6. SETORES RELACIONADOS

Não se aplica.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Conferência da Pulseira de Identificação	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão
Enfermeiros de todas as unidades assistenciais Lideranças de Enfermagem Liderança da Recepção Gerência de Enfermagem
Análise

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.16.1.3 Proposta para Implantação de Protocolo para Identificação Segura do Paciente

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a identificação de pacientes em atendimento nas unidades de saúde e garantir sua segurança.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Definição

A OMS (Organização Mundial da Saúde) define segurança do paciente como “ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associados aos cuidados de saúde”, e para garantir a segurança, a OMS elaborou metas para tornar os processos mais seguros.

Garantir a identificação segura do paciente atende à meta número um da OMS, que é: identificar com segurança o paciente sempre que administrar medicamentos ou realizar qualquer procedimento por 2 informações, que não seja o número do quarto, devido a fatores que podem intervir na identificação correta do paciente, como homônimos, idade, problemas da fala e audição.

Nota: A equipe de enfermagem deve realizar a identificação segura, através do nome do paciente e data de nascimento.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

3.2 Dados da pulseira

- Pacientes PA, SADT e ambulatório: pulseira branca com a etiqueta do paciente colada;
- Pacientes Unidades de Internação, Alojamento Conjunto, UTI Adulto, UTI Neonatal e Pediátrica, Berçário, Pediatria, Pré-Operatório: pulseira branca, contendo: nome completo, data de nascimento, número do prontuário e número de atendimento.

Notas:

1. A equipe de enfermagem deve realizar a identificação segura, através da conferência do nome completo do paciente e data de nascimento.
2. Pacientes inconscientes, com déficit neurológico ou sem acompanhante, a conferência da pulseira deve ser realizada com a ficha de internação.
3. A equipe de enfermagem do setor que admitir o paciente, é responsável por colocar a pulseira branca.

3.3 Pulseira

3.3.1 Pronto Atendimento

AÇÃO	AGENTE
Quem confecciona	Recepção do Pronto Atendimento
Quem coloca	Paciente adulto – Recepção do Pronto Atendimento
	Paciente pediátrico < 1 ano – Enfermeiro da triagem
Onde coloca	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de Enfermagem
Dados de conferência	Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Equipe de enfermagem
Quando confere	Na admissão, antes de realizar qualquer procedimento, antes de encaminhar para exames ou centro cirúrgico

Notas:

- 1- Emergência: após o paciente estabilizar, a Equipe de Enfermagem do PA deve identificar o paciente com pulseira branca.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

2- Transferência de outro serviço: a recepção do pronto atendimento deve identificar o paciente com pulseira branca, na sala de observação, exceto isolamento.

3- Criança que recusar a pulseira: colar a etiqueta de identificação na blusa.

4. Adulto que recusar a pulseira: colaborador responsável por colocar a pulseira, deve explicar sobre a segurança e orientar que não vai ser medicado e/ou realizar exames.

3.3.2 SADT/

Hemodinâmica

AÇÃO	AGENTE
Quem confecciona	Recepção do SADT (pulseira cor de laranja)
Quem coloca	Paciente para SADT/Hemodinâmica – Recepção do SADT Paciente pronto atendimento – Recepção do PA Paciente internado – Equipe de Enfermagem do setor de origem
Onde coloca	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de Enfermagem
Dados de conferência	Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Paciente, acompanhante ou pedido do exame
Quando confere	Na admissão, antes de realizar qualquer exame

3.3.3 Pré-Operatório

AÇÃO	AGENTE
Quem confecciona/imprime	Recepção da Internação (pulseira branca)
Quem coloca	Paciente eletivo – Recepção da Internação Paciente proveniente do PA – Recepção do PA
Quem troca	Equipe de Enfermagem do setor
Onde coloca	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de Enfermagem

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Dados de conferência	Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Paciente ou acompanhante
Quando confere	Na admissão, antes de realizar qualquer procedimento, antes de encaminhar para exames ou centro cirúrgico

3.3.4 Unidades de Internação e UTI adulto

AÇÃO	AGENTE
Quem imprime	Recepção da Internação (pulseira branca)
Quem coloca	Paciente eletivo – Recepção da Internação Paciente proveniente do PA – Equipe de Enfermagem do setor que admite o paciente
Onde coloca	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de Enfermagem
Dados de conferência	Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Paciente ou acompanhante
Quando confere	Na admissão, antes de realizar qualquer procedimento, antes de encaminhar para exames ou centro cirúrgico

Nota: Enfermeiro da UTI-A, deve informar à recepção da internação paciente que for encaminhado direto do PA, e solicitar a pulseira branca.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

3.3.5 Centro Cirúrgico

AÇÃO	AGENTE
Quem confecciona/imprime	Recepção da internação (pulseira branca)
Quem coloca	Paciente proveniente do PA – Recepção do PA Paciente eletivo – Recepção da internação
Quem troca	Equipe de Enfermagem do setor de destino
Onde coloca	Punho da mão dominante
Quem confere	Equipe de enfermagem
Dados de conferência	Nome completo e data de nascimento
Quem confirma	Paciente, ou conferir com impresso da internação
Quando confere	Admissão no centro cirúrgico; admissão na sala cirúrgica; admissão na Recuperação Pós-Anestésica; alta do centro cirúrgico. Antes de realizar qualquer procedimento

3.4 Quando solicitar nova pulseira

Paciente sem pulseira: Solicitar à recepção responsável, ou setor de origem a pulseira, preencher o formulário de evento adverso e comunicar à chefia imediata.

Pulseira com dados incorretos: Solicitar à recepção responsável a impressão de nova pulseira, com os dados corretos. Preencher o formulário de evento adverso e comunicar à chefia imediata.

Pulseira ilegível: A Enfermeira deve solicitar ao setor de internação a impressão de nova pulseira até as 10h no período da manhã, e até 15h no período da tarde. A recepção deve encaminhar ao setor solicitante até 11h, para o período da manhã e até 16h, para o período da tarde

Notas:

1. A equipe de enfermagem somente deve realizar o exame e/ ou qualquer procedimento, após checar novamente os dados e colocar pulseira no paciente. Esse procedimento é válido também para dados incorretos na pulseira.
2. A recepção deve confeccionar pulseira manual, quando o sistema estiver inoperante, e deve conter: nome completo, data vigente, data de nascimento e nome da mãe.

3.5 Contraindicações do uso da pulseira



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Paciente obeso ou em anasarca: Utilizar 2 pulseiras: colar uma à outra, para aumentar a circunferência.
- Grandes queimados ou lesão de pele em MMSS e MMI: Manter a placa de identificação no leito e fixar a pulseira na grade direita da cama, em local de fácil visualização. Colar a pulseira na roupa, ou avental sempre ao sair do setor.
- Recusa do paciente e/ ou acompanhante: Informar ao enfermeiro da unidade. O enfermeiro deve orientar paciente e/ ou acompanhante sobre a importância do uso da pulseira de identificação. Caso o paciente e/ ou acompanhante mantiver a recusa, o enfermeiro deve realizar a anotação de enfermagem, conforme POP, manter a placa de identificação no leito, em local de fácil visualização, e colar a pulseira na roupa, sempre que o paciente sair do setor.

Nota: A equipe de enfermagem deve conferir os dados dos pacientes com contraindicação do uso da pulseira, conforme citado no item 3.2.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Conferência da Pulseira de Identificação	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão

Enfermeiros de todas as unidades assistenciais
Lideranças de Enfermagem
Liderança da Recepção
Gerência de Enfermagem

Análise

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.16.1.4 Proposta para Implantação de Protocolo para Comunicação Efetiva – Passagem de Plantão

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar a passagem de plantão da equipe de enfermagem, entre troca de turno de trabalho e entre as unidades.

2. APLICAÇÃO

Todas as unidades assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Entre Unidades

O enfermeiro da unidade de origem deve transmitir as informações relevantes a respeito do paciente, ao enfermeiro da unidade de destino, após ter sido disponibilizada a vaga.

3.2 Entre Turnos de Trabalho

3.2.1 Definição

A passagem de plantão deve ocorrer nos respectivos horários: 07h00 e 19h00, correspondentes às trocas de turno de trabalho.

3.2.2 Informações Pertinentes

- Leito e nome do paciente;
- Diagnóstico e/ou intervenção cirúrgica;
- Dados relevantes do tratamento e assistência;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Intercorrências;
- Pendências de solicitações, exames, procedimentos e resultados.

Nota: No Centro Cirúrgico, em caso de procedimento em andamento, o colaborador deve acrescentar à passagem de plantão os materiais utilizados, para que o colaborador que assumir a sala, atente-se em guardar as embalagens necessárias.

3.2.3 Passagem de Plantão

Nos setores: Centro Cirúrgico, RPA, **Pronto Atendimento** e Hospital Dia, a passagem de plantão é dividida por categoria profissional e segue a seguinte rotina:

- Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de Enfermagem transmite as informações referentes à assistência prestada ao cliente, de acordo com o item 3.2.2, ao Técnico de Enfermagem do turno seguinte, próximo ao leito.
- Enfermeiro transmite as informações referentes à assistência prestada aos clientes e informações administrativas ao Enfermeiro do plantão seguinte, no posto de enfermagem.

Nas Unidades de Internação, Maternidade, Pediatria e Berçário, a passagem de plantão tem a participação de toda a equipe de enfermagem, onde o Enfermeiro relata as informações referentes à assistência prestada ao paciente, e o auxiliar ou técnico de enfermagem complementa com dados relevantes. É realizada no posto de enfermagem.

Na UTI adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, a passagem de plantão tem a participação de toda a equipe, e ocorre à beira do leito do paciente,

3.2.4 Recebimento do Plantão

É comum a todas as Unidades Assistenciais, e segue a seguinte rotina:

- Enfermeiro: utiliza o formulário Plano Parcial de Cuidados de Enfermagem, complementando com dados que julgar necessário. Deve ser arquivado na pasta correspondente a cada 24 horas.
- Técnico/ Auxiliar de Enfermagem: Anota as informações relevantes em papel de rascunho.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Passagem de Plantão	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiros do Bloco Operatório Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.16.1.5 Proposta para Implantação de Protocolo para Higiene das Mãos

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar os procedimentos relacionados à higiene das mãos, tendo em vista a redução da infecção cruzada e da disseminação de microrganismos multirresistentes nas unidades.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais.

RJ

3. DESCRIÇÃO

A forma mais comum de transmissão de patógenos no ambiente hospitalar é através das mãos, e os microrganismos presentes na pele podem ser classificados como pertencentes à flora transitória ou flora residente.

Flora Transitória

- Encontra-se na superfície junto às gorduras e sujidades, é adquirida por contato direto com o meio ambiente, fômites ou outros pacientes.
- Formada por *Staphylococcus* sp. e microrganismos Gram negativos, frequentemente associados a infecções hospitalares.
- Facilmente removida pela higienização simples ou anti-sepsia da pele.

Flora Residente

- Microrganismos ficam aderidos em camadas mais profundas da pele, junto à glândulas sebáceas e folículos pilosos.
- Mais difícil de ser removida sendo necessários o uso de técnica de degermação cirúrgica e agentes anti-sépticos adequados.
- Raramente associada a infecções, por ser de baixa virulência, no entanto associada a infecções em grandes queimados, imunocomprometidos e inserção de próteses.

3.1 Definição de termos

- **Agente antisséptico:** substância antimicrobiana que é aplicada sobre a pele para reduzir a carga microbiana. Exemplos incluem álcool, clorexidine, iodo e triclosan.
- **Antissepsia das mãos:** lavagem ou fricção das mãos com antisséptico.
- **Solução alcoólica para fricção das mãos:** preparação contendo álcool, designado para aplicação nas mãos para redução do número de microrganismos viáveis. Estas preparações usualmente contêm 60 a 90% de etanol ou isopropanol e agente emoliente.
- **Detergente:** compostos tensoativos que possuem ação de limpeza, também são chamados genericamente de "sabões".
- **Higiene ou higienização das mãos:** termo genérico que se aplica tanto à lavagem, simples das mãos, lavagem das mãos com antisséptico, fricção das mãos com antisséptico ou antissepsia cirúrgica das mãos.
- **Lavagem das mãos:** aplicação de água e detergente (que não contém agente antisséptico), com o objetivo primário de remover sujidades.
- **Lavagem das mãos com antisséptico:** aplicação de água e sabão ou detergentes contendo um agente antisséptico, em geral realizada antes de procedimentos cirúrgicos

ou invasivos (passagem de cateter venoso central, sonda vesical, etc).

3.2 Indicações para higiene das mãos

- Antes e depois do contato com paciente com pele íntegra ou não íntegra.
- Antes e após contato com superfícies ambientais próximas ao paciente.
- Depois de remover as luvas.
- Após contato com material orgânico.
- Antes de qualquer procedimento, ou entre procedimentos em topografias diferentes no mesmo paciente.
- Antes e depois de efetuar atividades corriqueiras (assoar o nariz, ir ao banheiro, alimentar-se, etc).

3.3 Fricção das mãos com antisséptico (álcool gel)

- É a aplicação de um antisséptico, com a finalidade de reduzir a carga microbiana.
- Pode-se utilizar álcool gel em substituição a lavagem das mãos com água e sabão sempre que não houver sujidade grosseira ou matéria orgânica.
- Coloque o produto na palma de uma das mãos.
- Friccione até secar, toda a superfície das mãos atentando para entre dígitos e dorso das mãos.
- Após a terceira ou quarta aplicação do álcool gel as mãos devem ser lavadas com água e sabão.

3.4 Lavagem das mãos com água e sabão

- É o emprego de água e um agente tensoativo com a finalidade de remover sujidades.
- É recomendada em todas as áreas do hospital onde não houver indicação para o uso de antissépticos.
- Molhar as mãos.
- Aplique o sabão na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 15 segundos. (importante friccionar o dorso das mãos e entre dígitos).
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com ela.
- Seque as mãos com papel toalha.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

Nota: A transmissão de microrganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.5 Lavagem das mãos com antisséptico (clorexidine degermante)

É o emprego de água, um agente tensoativo associado a um antisséptico com a finalidade de remover sujidades e reduzir a carga microbiana das mãos.

Está recomendado em áreas críticas do hospital

- Molhar as mãos.
- Aplique o antisséptico na palma da mão.
- Friccione as mãos com movimentos circulares por, no mínimo, 60 segundos (importante friccionar o dorso das mãos e entre dígitos)
- Acione a torneira, evitando contato direto das mãos com ela.
- Evite o uso de água quente para lavagem das mãos devido ao risco de dermatite.

Nota: A transmissão de microrganismos através das mãos úmidas é maior do que através das mãos secas, por isso a importância da secagem completa das mãos.

3.6 Degermação cirúrgica das mãos com antisséptico

- É a aplicação de água, tensoativo e antisséptico com a finalidade de remover sujidade, reduzir a carga microbiana e manter efeito residual.
- Está indicada antes de procedimentos cirúrgicos e/ou procedimentos invasivos.
- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Realizar a degermação das mãos com PVPI ou Clorexidine degermante por 3 a 5 minutos.
- Realizar escovação das unhas e leito ungueal.
- Manter os antebraços fletidos e afastados do corpo para que a água escorra das mãos para os antebraços.
- Utilizar compressas estéreis para secar as mãos.

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Higiene das Mãos	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025





BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro SCIH Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	Assinatura/carimbo
Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

4.1.16.1.6 Proposta para Implantação de Protocolo para Cirurgia Segura

1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar as recomendações da Organização Mundial da Saúde para Cirurgia Segura, e oferecer as boas práticas de segurança ao paciente.

2. APLICAÇÃO

Todas as Unidades Assistenciais.

3. DESCRIÇÃO

Instrumento composto pelo Planejamento de Enfermagem e Quadro *Time-Out* que possuem identificação dos dados do paciente e do procedimento a ser realizado. São utilizados para melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica, para garantir a

RJ



segurança do cuidado prestado ao paciente, durante o procedimento cirúrgico. A confirmação dos dados é realizada em voz alta, e confirmado pela equipe e paciente. É dividido em 3 etapas.

3.1 Checagem dos dados

3.1.1 Descrição

Procedimento realizado, pela equipe de enfermagem, antes de encaminhar o paciente para a sala cirúrgica.

3.1.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve, na entrada do paciente no Centro Cirúrgico:

- Confirmar o preenchimento do Planejamento de Enfermagem no Formulário 162;
- Confirmar os dados de identificação do paciente, conforme POP de identificação segura;

O enfermeiro deve:

- Checar o preenchimento do Termo de Consentimento de Cirurgia;
- Solicitar a confirmação do procedimento e da lateralidade (se aplicado) com o cirurgião;
- Solicitar a avaliação anestésica;
- Preencher o quadro de *Time Out* da sala operatória.

3.2 Time Out

3.2.1 Descrição

Procedimento realizado, em voz alta, pela equipe de enfermagem, e confirmado, também em voz alta pela equipe cirúrgica e anestesista.

3.2.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve:

- Identificar a equipe cirúrgica (apresentação);
- Confirmar identificação do paciente, local da cirurgia e procedimento cirúrgico;
- Verificar alergias;
- Confirmar a administração e hora do antibiótico profilático;
- Verificar a presença de equipamentos e materiais necessários;
- Confirmar a esterilidade dos instrumentos e materiais pelos indicadores.

Nota: O Enfermeiro deve autorizar o início da cirurgia, após a realização do *Time Out*.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

3.3 Finalização e confirmação do procedimento realizado

3.2.1 Descrição

Procedimento realizado pela equipe de enfermagem, antes da saída do paciente da sala cirúrgica.

3.2.2 Procedimento

A equipe de enfermagem deve:

- Confirmar o procedimento realizado;
- Contar instrumentais, agulhas
- Anotar e documentar se realizado radioscopia
- Contar as compressas e/ou turundas utilizadas;
- Confirmar exame anatomopatológico: identificação correta da(s) peça(s) e nome do paciente;

4. HISTÓRICO DE REVISÃO E APROVAÇÃO

Gestão da Qualidade			
Tipo de documento	Procedimento Operacional Padrão	Qualidade	
Título	Cirurgia Segura	Data de emissão: 02/01/2023	Data de revisão: 02/01/2025
		Versão: 00	

Elaboração/Revisão		
Enfermeiro SCIH Lideranças de Enfermagem Gerência de Enfermagem		
Análise		
	Data	Assinatura/carimbo

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Aprovação		
	Data	Assinatura/carimbo
	Data	Assinatura/carimbo

Anexo 1 – Lista de Verificação – Cirurgia Segura

RJ



4.1.17 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

Finalidade:

O Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar (CLP) tem a função de promover um plano de cuidado individualizado para pacientes que necessitam de acompanhamento multiprofissional prolongado. É um time que se organiza para dar o suporte necessário a esses pacientes e suas famílias e mostrar que eles não estão sozinhos no processo de cuidar e ser cuidado. Visa proporcionar o melhor cuidado no ambiente hospitalar e fazer o planejamento de alta consistente com as necessidades futuras dessas pessoas.

Constituição Básica:

- I - Enfermeiro(a);
- II - Médico(a);
- III - Assistente Social;
- IV - Técnico(a) de enfermagem;
- V - Fisioterapeuta;
- VI - Nutricionista;
- VII - Representante do serviço de internação domiciliar;
- VIII - Representante do setor administrativo.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização do Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar propomos o seguinte regimento:

Proposta de Regimento do Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º Esse regimento interno objetiva a padronização de critérios importantes para garantir o funcionamento do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com risco para longa permanência hospitalar, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecê-lo junto à administração e ao corpo clínico.



CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será responsável pelo mapeamento e inclusão de pacientes com risco para longa permanência em programa específico da instituição que visa conduzir esses casos específicos por meio de cuidado especializado e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio para familiares e cuidadores do paciente.

Art. 3º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar tem por finalidade reparar o paciente, a família e/ou os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento de alta e/ou transferência, sendo um órgão vinculado à Direção Técnica.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A composição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência deverá contar com no mínimo 07 (sete) membros, entre presidente, vice-presidente, secretário e demais membros titulares e deverá ter caráter multiprofissional e multidisciplinar, nomeados por seus pares, em concordância com a Diretoria Técnica.

Art. 5º O Comitê será composto por representantes profissionais das seguintes áreas:

- I. Representante da equipe de enfermagem;
- II. Representante da equipe médica;
- III. Representante da equipe de fisioterapia;
- IV. Representante da assistência social;
- V. Representante do serviço de educação permanente.

Art. 6º O presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

Art. 7º O vice-presidente deve ser um profissional do setor de assistência social;

Art. 8º O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação do Comitê e nomeação pela Diretoria Técnica.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 9º Os membros titulares do Comitê serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião em concordância com a Diretoria Técnica.

Art. 10º O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos.

Art. 11º O Comitê poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte do Comitê como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para este.

Art. 12º Após a nomeação pela Diretoria, permanecendo os mesmos membros, caberá a recondução, ou seja, após a indicação do Comitê no sentido de reconduzir seus membros caberá como ato da Diretoria Técnica a publicação de portaria de recondução.

Art. 13º Qualquer membro do Comitê poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria Geral, com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

Art. 14º O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio.

Art. 15º As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA

Art. 16º Ao presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regimento, compete:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Encaminhar aos membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar as propostas técnicas e administrativas de funcionamento para apreciação e aprovação;
- IV. Representar o Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar sempre que solicitado;
- V. Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo sendo o vice-presidente a primeira escolha sempre que possível;
- VI. Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar previamente aprovados pelos membros desta;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- VII. Fazer cumprir o regimento;
- VIII. Nas decisões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX. Indicar seu vice-presidente.

Art. 17º Ao vice-presidente do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar, além das outras instituídas neste regime, compete:

- I. Assumir as atividades do presidente na sua ausência;
- II. Auxiliar na promoção do comitê com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões;
- III. Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 18º Ao secretário do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar compete:

- I. Assistir as reuniões;
- II. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
- III. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de atas;
- IV. Fazer registros de atas, deliberações entre outros;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;
- VI. Auxiliar administrativamente as atividades do Comitê;
- VII. Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir ata;
- VIII. Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 19º Aos membros do Comitê compete:

- I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem
- II. atribuídas;
- III. Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;
- IV. Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;
- V. Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;
- VI. Auxiliar no desenvolvimento e implementação do programa de gerenciamento de risco para longa internação hospitalar.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E ATRIBUIÇÕES

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 20º O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após o décimo quinto dia e que forem clinicamente elegíveis.

Art. 21º O Comitê fica ainda responsável por registrar e avaliar durante as reuniões, caso a caso, as medidas necessárias para avançar no processo de desospitalização, assegurando a continuidade dos cuidados e medidas terapêuticas necessárias após a alta e capacitando cuidadores e/ou familiares e responsáveis do paciente para que de fato exerçam os cuidados necessários.

Art. 22º As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das pacientes de longa permanência hospitalar deve ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular do Comitê;

Art. 23º As avaliações de pacientes elegíveis para o programa instituído pelo Comitê, devem ser solicitadas pelos enfermeiros ou médicos responsáveis pelas unidades em dias úteis da semana.

Art. 24º As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 25º As avaliações iniciais para averiguação da pertinência da inclusão ou não no programa do Comitê, devem ser realizadas por no mínimo dois membros do grupo, sendo um deles necessariamente médico ou enfermeiro.

Art. 26º Das reuniões:

- I. As reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da Instituição de Saúde.
- II. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.
- III. Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria dos membros.

Art. 27º Os assuntos que demandarem decisão do Comitê serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2º Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3º Será considerado "quórum" para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4º Em casos de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 28º Este regimento poderá ser alterado mediante proposta, através por pelo menos 03 (três) de seus membros executores.

Art. 29º A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular do presente Comitê.

Art. 30º Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente deste Comitê, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 31º Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Levantamento de pacientes crônicos internados	Equipe		X	X	X								
Elaborar documentos	Equipe		X	X									
Elaborar plano educativo para familiares e cuidadores	Equipe		X	X									
Capacitação dos profissionais	Equipe			X	X	e quando necessário							
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.18 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço 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, sendo essa Comissão específica para atuação nas unidades de saúde.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

RJ



Para a organização da CAMB propomos o seguinte regimento:

CAPÍTULO I

OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º A responsabilidade pela prevenção deverá ser compartilhada entre os membros do COMITÊ GESTOR MULTIDISCIPLINAR, que terá como objetivo eliminar os acidentes com perfuro cortantes entre os trabalhadores da saúde, implementando a cultura de segurança na instituição, fazendo com que os profissionais entrem no “clima de segurança”, aderindo às práticas de trabalho seguras. Será responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de identificação, registro e avaliação dos acidentes com perfurocortantes entre os profissionais que atuam na instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º Serão membros efetivos dessa comissão:

- I – 1 (um) membro da Diretoria;
- II – 1 (um) representante da equipe de Enfermagem;
- III – 1 (um) médico representante do SCIH;
- III – Responsável pelo PGRSS;
- IV – Encarregado de Hotelaria;
- V – 1 (um) representante do setor de compras;
- VI – 1 (um) representante do SESMT;
- VII – 1 (um) representante da CIPA, sendo o vice-presidente;
- VIII – 1 (um) representante do Laboratório;

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Responsabilidades da equipe de apoio

Áreas e setores representados	Responsabilidades e contribuições
Diretoria	- Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa.

RJ

SESMT/CIPA	- Coletar informações detalhadas sobre os acidentes notificados; - Auxiliar nas avaliações da subnotificação de acidentes entre trabalhadores da saúde; - Avaliar fatores que contribuem para os acidentes com perfuro cortantes e propor soluções; - Promover a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.
Gestão de resíduos	- Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes percutâneos; - Avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.
Central de Material Esterilizado	- Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfuro cortantes; - Identificar as questões logísticas envolvidas na implementação de perfuro cortantes com dispositivos de segurança.
Padronização de materiais/setor de Compras	- Ajudar a identificar produtos e fabricantes de perfuro cortantes com dispositivos de segurança; - Fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.
Equipe clínica e laboratorial (diretamente envolvidos na realização de procedimentos com perfurocortantes)	- Fornecer informações sobre fatores e situações de risco de acidentes e sobre implicações das intervenções propostas . Participar ativamente na avaliação das intervenções de prevenção

CAPÍTULO IV

DA ANÁLISE DOS ACIDENTES OCORRIDOS

Art. 4º A comissão gestora deve analisar as informações disponíveis no PGR e no PCMSO, além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfurocortantes realizadas pelo setor de Segurança do Trabalho.

Art. 5º Com as informações dos acidentes, a comissão gestora deverá analisar e chegar às suas próprias análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes.

Art. 6º Após a apuração dos fatos, a comissão gestora deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborativas com segurança.

Parágrafo único. A comissão gestora deverá realizar as investigações juntamente com o setor de Segurança do Trabalho através da ficha de investigação de acidentes padrão.



CAPÍTULO V

DA TOMADA DE DECISÃO

Art. 7º Em caso de acidente de trabalho ocorrido com material perfuro cortante, a comissão gestora deverá analisar os seguintes aspectos para a tomada de decisão:

- I - Situações de riscos e acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
- II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;
- III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;
- IV - Número de trabalhadores expostos às situações de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

Art. 8º A seleção dos materiais perfurocortantes deverá ser conduzida pela comissão gestora atendendo as seguintes etapas:

- I - Definição dos materiais perfurocortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- II - Definição de critérios para a seleção dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para testes e avaliações;
- III - Planejamento dos testes para substituição em áreas selecionadas no serviço de saúde, decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- IV - Avaliação da eficácia do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade, para posterior decisão de qual material adotar.

CAPÍTULO VI

DO CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Art. 9º As reuniões serão realizadas em dia da semana pré-determinado, mensalmente, onde serão discutidos os acidentes ocorridos e as medidas necessárias para evitar novos acidentes. Todas as informações discutidas serão registradas por meio de ata assinada por todos os membros presentes.

Art. 10º As reuniões extraordinárias serão realizadas a qualquer tempo.

Art. 11º Os membros da Comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 05 (cinco) alternadas, no período de 12 (doze) meses, serão excluídos.

Art. 12º Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões sempre que os membros julgarem necessário.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Diretoria Corporativa, Diretoria da unidade e dos membros da Comissão.

Art. 14º Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em reunião convocada para este fim.

Art. 15º As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas com a avaliação do item através de análise técnica dos membros desta Comissão, obedecendo à área de formação e competência, fato este que motivou a equipe ser composta de forma multiprofissional;

Art. 16º Toda definição da Comissão deverá ser inserida no cadastro da Gestão de Suprimentos, e em todos os níveis do sistema, além de ser utilizada em todas as fases e registros de compras, independente do modelo de aquisição escolhido.

Art. 17º Revogam-se as disposições em contrário.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de Atividades da Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação dos profissionais em prevenção de acidentes com material biológico	Equipe			X			X			X			X
Levantamento de acidentes e motivos	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de plano de ação	Equipe		X	X									
Implantação de Indicadores	Equipe		X	X									
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.19 Comissão De Padronização De Produtos Para Saúde

4.1.19.1 Proposta de Constituição da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

Membros e Finalidades

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - COPPS é um órgão consultivo deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Técnica do HEJ, que terá como objetivo subsidiar as tomadas de decisões relacionadas ao Padronização de Produtos para a Saúde, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na Unidade.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

A COPPS subsidiará suas ações pautadas nos requisitos de boas práticas para a padronização de produtos para saúde e outras providências previstas na RDC nº 15/2012.

A COPPS será composta pelos seguintes membros, a saber:

- 1 (um) representante da Central de Material e Esterilização - CME;
- 1 (um) representante da Enfermagem;
- 1 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- 1 (um) representante médico do Centro Cirúrgico - CC;
- 1 (um) representante da empresa Prestadora de Serviços Terceirizados da CME.

Proposta de Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADE

Art.1º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - COPPS do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** tem como objetivo subsidiar as tomadas de decisões relacionadas à Padronização de Produtos para a Saúde, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na Unidade.

Parágrafo único - A COPPS subsidiará suas ações pautadas nos requisitos de boas práticas para a Padronização de Produtos para Saúde e outras providências previstas na RDC nº 15, de 15 de março de 2012.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A COPPS do HEJ será composta pelos seguintes membros:

- I. 1(um) representante da Central de Material e Esterilização - CME;
- II. 1(um) representante da Enfermagem;
- III. 1(um) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- IV. 1(um) representante médico do Centro Cirúrgico - CC;
- V. 1(um) representante da empresa prestadora de serviços terceirizados da CME.

Art. 3º Os ocupantes de cargos ou funções previstas deverão ser substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por profissionais por eles indicados.

Art. 4º O Presidente da COPPS será o responsável pela CME e elegerá o seu suplente dentre os membros Titulares da Comissão.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete à COPPS do HEJ:

- I. Definir os produtos para saúde a serem padronizados para processamento na CME do HEJ ou que necessitem de processamento por empresas terceirizadas;
- II. Definir critérios de aceitabilidade de produtos para saúde não pertencentes à Unidade;
- III. Estabelecer critérios de avaliação das empresas para o fornecimento de produtos para saúde e proceder a sua avaliação, sempre que julgar necessário;
- IV. Participar da especificação para a aquisição de produtos para a saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;
- V. Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pela CME;
- VI. Analisar e aprovar as propostas de melhorias relacionadas a padronização de produtos para a saúde definidas pela empresa responsável pela gestão do serviço;
- VII. Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º São atribuições dos Membros da COPPS do HEJ:

a) Do Presidente

- I. Presidir e coordenar os trabalhos da Comissão;
- II. Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias, quando necessário;
- III. Representar a Diretoria do HEJ, sempre que necessário, no que se refere a padronização de produtos para saúde, perante outras entidades;
- IV. Apresentar para a Comissão o diagnóstico da necessidade de padronização ou despadronização de produtos;
- V. Submeter à Comissão as justificativas para aceitação ou rejeição de reuso de materiais comercializados como de uso único;
- VI. Analisar as propostas de aquisição de inovações tecnológicas a serviço da CME para otimizar o processo de trabalho;
- VII. Compartilhar com a Comissão a escolha da empresa terceirizada para esterilização de produtos termossensíveis, quando necessário;



- VIII. Discutir com a Comissão eventos adversos relacionados a padronização de produtos para saúde na Unidade;
- IX. Elaborar pauta das reuniões da Comissão em meio eletrônico;
- X. Garantir, junto à direção do HEJ, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- XI. Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes;
- XII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPPS no HEJ.
- b) Dos demais Membros da Comissão:
- I. Envolver e auxiliar na busca de soluções para todos os problemas apresentados pelo presidente da Comissão nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. Apoiar as propostas de implementação do programa de trabalho da CME;
- III. Envolver na melhoria de padronização de produtos, como serviço competente;
- IV. Zelar pelo cumprimento de metas a curto, médio e longo prazo estabelecidas pela Comissão;
- V. Aprovar e fazer cumprir o Regimento Interno da COPPS do HEJ;
- VI. Garantir, junto à Diretoria do HEJ, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- VII. Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPPS do HEJ.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º A COPPS do HEJ deverá reunir-se, ordinariamente, 1 (uma) vez ao mês, de acordo com o cronograma anual ou, extraordinariamente, quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente com antecedência mínima de 3 (três) dias, por meio de mensagem eletrônica, contendo a pauta.

§ 1º O quórum mínimo para realização das reuniões será de 50% mais um;

§ 2º O membro que não comparecer às reuniões convocadas por 3 (três) vezes consecutivas, sem justificativa, será excluído da Comissão e sua substituição deverá ser solicitada, imediatamente;

Art. 8º Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes.

Art. 9º A cada reunião a ata da reunião anterior será lida e assinada por todos os presentes.

Art. 10º As propostas elencadas em cada reunião ordinária terão que ser operacionalizadas e seus resultados apresentados na próxima reunião ou a justificativa da não realização.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Este Regimento Interno poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da COPPS, mediante aprovação em reunião convocada para essa finalidade.

Parágrafo único - Este Regimento Interno será revisado anualmente ou sempre que houver mudanças no funcionamento da Comissão.

Art. 12º a renovação da Comissão poderá ocorrer sempre que necessário, por meio de nomeação feita pela Diretoria Geral do HEJ.

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em reunião para isto convocada, com a presença da Diretoria Técnica do HEJ.

Art. 14º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

Cronograma de atividade anual da comissão de padronização de produtos para saúde

Atividades/ Meses	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da comissão e aprovação do regimento interno	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Reunião de planejamento anual	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Reuniões ordinárias mensais da comissão	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒

4.1.20 Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CTF é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados na Unidade de Saúde. Além disso, a CFT assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos.

RJ



O núcleo técnico executivo é composto por profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao Diretor Clínico com autonomia de decisão, e agrupam-se em membros consultores (Um representante da Diretoria de Enfermagem. Membros convidados da Coordenação Médica. Um representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) e membros executores (Um profissional médico. Um representante da Diretoria Administrativa. Um farmacêutico do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica. Um Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico).

A CFT reunir-se-á minimamente mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

Para a organização da CFT propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma equipe de discussão colegiada, vinculada à Unidade de Saúde.

§1º. A CFT é diretamente subordinada à Diretoria Clínica da Unidade de Saúde.

§2º. A composição da CFT se dá mediante designação da Diretoria Clínica, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente.

Art. 2º A CFT é de natureza técnico-científica, permanente, que tem por finalidade formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CFT será constituída por profissionais de saúde e administração do e terá, minimamente, a seguinte composição:

I - Um profissional Médico.

II - Um Farmacêutico do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

III - Um Farmacêutico da Unidade de Dispensação Farmacêutica.

IV - Um Farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico.

V - Um representante da Diretoria de Enfermagem.

VI - Um representante da Diretoria Administrativa.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

VII - Membros convidados da Coordenação Médica.

§1º. Os membros mínimos que comporão a CFT serão designados pelas respectivas Chefias imediatas.

§2º. As indicações deverão ser prioritárias, preferencialmente, a profissionais com reconhecida experiência em comissões, sistema de informação de medicamentos e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e/ou Administração Hospitalar.

§3º. Compete à Diretoria Clínica, sob aprovação dos membros da CFT, a aprovação quanto à incorporação de membros adicionais ao previsto no caput do Art. 3º.

§4º. Os membros convidados, subitem "VII", comporão as reuniões, conforme deliberação da pertinência à temática a ser discutida, não sendo estes membros efetivos da CFT.

§5º. Os membros convidados, subitem "VII", deverão opinar, de forma subsidiária, de acordo com sua especialidade, oferecendo informações à comissão com intuito de colaborar no processo de seleção e decisão sobre a temática definida.

§6º. A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer tempo, caso haja solicitação de desligamento pelo membro ou ocorra o descumprimento do estabelecido neste regulamento, sob deliberação dos membros da comissão.

CAPÍTULO III

DA ELEIÇÃO DO CORPO DIRETIVO

Art. 4º A Comissão deverá eleger, dentre seus membros efetivos, o corpo diretivo, sob os seguintes cargos:

I - Presidente.

II - Vice-presidente.

III- Secretário(a).

IV - Secretário(a) substituto(a).

§1.º Os membros da comissão serão eleitos entre si, por maioria absoluta de votos.

§2º. A relação dos membros do Corpo Diretivo de cada mandato será validada pelo Diretor Clínico.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São atribuições da CFT:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos no hospital.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao Boletim Institucional.
- III - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI).
- IV - Serão padronizados, exclusivamente, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, baseados em estudos clínicos ou protocolos reconhecidos.
- V - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na instituição ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas.
- VI - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica.
- VII - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos.
- VIII - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados.
- IX - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos elaborados por diferentes serviços clínicos.
- X - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados.
- XI - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração da Unidade em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

Art. 6º São atribuições do Presidente:

- I - Convocar e presidir as reuniões da CFT.
- II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT.
- III - Assessorar a Diretoria Clínica, quando solicitado.
- IV - Representar a CFT perante as Gerências e corpo clínico.
- V - Proceder aos encaminhamentos e a divisão das tarefas junto à Comissão.

Art. 7º. São atribuições da(o) Secretária(o):

- I - Secretariar todas as reuniões da CFT.
- II - Redigir atas em todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias.
- III - Manter arquivos de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT.
- IV - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.
- V - Organizar os documentos recebidos para análise e inclusão de pauta das reuniões.
- VI - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários.
- VII - Protocolar documentos em nome da comissão.
- VIII - Encaminhar o cronograma de reuniões e atas ao Diretoria Clínica periodicamente.

RJ



Art. 8º São atribuições da(o) Vice-Presidente substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

Art. 9º São atribuições da(o) Secretária(o) substituta(o) substituir a(o) Secretária(o) em suas ausências e impedimentos.

Art. 10. São atribuições e competências de todos os membros da CFT:

I - Comparecer às reuniões da Comissão.

II - Participar das análises dos casos.

III - Emitir parecer técnico consubstanciado considerando sua competência técnica.

IV - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente.

V - Divulgar junto a seus pares as deliberações da CFT.

VI - Requerer votação de matéria em regime de urgência.

VII - Manter atualizado o Termo de Isenção de Conflito de Interesse, conforme Anexo III.

CAPÍTULO V

DA PERIODICIDADE, CONVOCAÇÃO, RESPONSABILIDADES E PRESENÇA NAS REUNIÕES

Art. 11. A CFT reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente.

§1º. As reuniões deliberativas deverão ter, pelo menos, 50% mais um dos membros efetivos.

§2º. Nas reuniões ordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria absoluta dos presentes nas reuniões.

§3º. Nas reuniões extraordinárias, as deliberações ocorrerão por maioria simples dos presentes nas reuniões.

§4º. As reuniões se darão nas dependências da Unidade

§5º. A definição e reserva do local se dará pelo(a) Secretário(a) da comissão de forma eletrônica ou, na indisponibilidade do sistema, fisicamente.

Art.12. As convocações da Comissão serão feitas pelo Presidente ou Secretária(o), e se darão:

§1º. Para reuniões ordinárias, ao final da reunião anterior ou sob definição de calendário prévio de reuniões, aprovado dentre seus membros.

§2º. Para reuniões extraordinárias, com antecedência mínima de quarenta e oito horas (48 horas).

Art.13. É de reponsabilidade dos componentes da CFT comparecerem pontualmente às reuniões ordinárias convocadas.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

§1º. Será(ão) dispensado(s) da contagem no quórum mínimo o(s) componente(s) que justificarem a ausência mediante férias, atestados e demais impedimentos previstos no Regulamento de Pessoal da Unidade de Saúde.

§2º. Será(ão) considerado(s) faltante(s) o(s) componente(s) que deixar(em) de comparecer à(s) reunião(ões) ordinária(s) convocada(s) sem a apresentação de motivação à comissão, conforme previsto no §1º do Art. 13.

§3º. O(s) membro(s) que, injustificadamente incorrer(em) em falta a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, serão desligados da comissão, sendo encaminhado memorando à Diretoria Clínica o nome e a motivação para o referido desligamento.

Art. 14. A periodicidade das reuniões será de 01 (uma) reunião ordinária mensal.

§1º. As deliberações ocorrerão em reunião ordinária, sob maioria absoluta de votos.

§2º. Não havendo "quórum", será realizada convocação de reunião extraordinária para discussão da(s) pauta(s) mais emergente(s).

§3º. Poderá haver convocações de reuniões extraordinárias, quantas forem necessárias, visando atender a(s) prioridade(s) e urgência(s) que não puder(em) ser discutida(s) em reunião ordinária próxima.

§4º. O quórum para reuniões extraordinárias se dará por maioria simples dos presentes, devendo haver, minimamente, 30% dos membros para validação das deliberações.

§5º. O voto do presidente será considerado voto de minerva.

§6º. Membros consultivos não terão direito a voto.

CAPÍTULO VI

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 15. É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências da Unidade.

§1º. Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário constante no Anexo II.

§2º. Somente serão feitas substituições de itens, se houver a comprovação técnico científica da obsolescência do item a ser substituído, sem reserva das análises previstas nos demais parágrafos do presente artigo.

§3º. Serão adotados prioritariamente:

I) Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada.

II) Na economia: reduzir os custos através da seleção de produtos sob a ótica de custo-efetividade, custo-benefício, custo-minimização e custo-utilidade.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

§4º. Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados à Unidade de Saúde, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins.

§5º. Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes na Unidade, devendo estas:

I) Encaminhar cópia(s) da(s) ata(s) constando a deliberação da comissão.

II) A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros.

III) A comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos.

IV) A CFT analisará a padronização do ponto de vista econômico e da efetividade terapêutica podendo, a critério da CFT, convidar membro que represente a comissão demandante para discussão colegiada.

§6º. Serão padronizados, apenas, medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas.

Art. 16. Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos:

§1º. A solicitação será incluída na pauta da primeira reunião que suceder à solicitação.

§2º. A solicitação será remetida à um, ou mais membros, para emissão de parecer.

§3º. O parecer será apresentado à CFT para apreciação dos membros e ratificação.

§4º. A critério do(s) parecerista (s), poderá ser convidado o solicitante para discussão conjunta.

§5º. A C.F.T. terá sessenta (30) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao(s) solicitante(s).

CAPÍTULO VII

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 17. O(s) medicamento(s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior há 12 meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

§1º. Serão mantidos os medicamentos em que não exista registro de consumo, ou considerado mínimo, desde que amparados por força de legislação específica.

§2º. Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomponem a padronização da Unidade de Saúde, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento.

CAPÍTULO VIII



REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 18. O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 01 (um) anos pela CFT.

§1º. Poderá, sob deliberação dos membros da CFT, ocorrer a revisão de itens referentes à determinadas áreas/especialidades, em faces à melhoria na assistência médica prestada.

§2º. É de competência exclusiva da CFT a realização de convite à membros para participação das discussões durante a revisão da padronização de medicamentos.

CAPÍTULO IX

REPUBLICAÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS

Art. 19. Serão publicados em Boletim Institucional:

I - Inclusões.

II - Exclusões.

III - Alteração em descritivo.

Parágrafo único. Serão publicadas em listas separadas os medicamentos incluídos, excluídos ou com alteração nos descritivos, de modo a facilitar o acesso às alterações realizadas.

CAPÍTULO X

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 20. Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I - Preencher o Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado.

II - Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados à Unidade, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins.

III - As solicitações de compra de medicamentos Não-Padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento.

IV - O preenchimento deverá, obrigatoriamente, conter a justificativa da necessidade, bem como a impossibilidade de substituição por outro que conste na padronização.

V - Caso ocorra a entrega de formulário incompleto, este poderá ser negado recebimento ou mesmo impedida a inclusão em pauta de reunião da CFT.

Art. 21. O formulário "Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento Não-Padronizado", devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico. O representante e membro da CFT, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao Vice-presidente, para avaliação

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

e emissão do parecer por "Ad Referendum" ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

Parágrafo único. Após a avaliação e, caso haja aprovação da compra, o(s) medicamento(s) poderá(ão) ser adquirido(s) em quantidade suficiente para o tratamento de um único paciente.

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Este regimento poderá ser modificado por proposição da Superintendência ou dos membros da C.F.T. mediante deliberação em reunião convocada para este fim.

Art. 23. A revisão do presente regimento ocorrerá a cada 02 (dois) anos, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Data; Assinaturas.

CAPÍTULO XI

ANEXOS

Anexo I - Justificativa para compra de Medicamento Não Padronizado.

Anexo II - Inclusão / Exclusão de Medicamentos na Padronização.

Anexo III - Termo de Isenção de Conflito de Interesse.

Anexo I - Justificativa para compra de Medicamento Não-Padronizado:	
Solicitação nº _____/ 20____(controle interno da CFT)	
Nome do Paciente: _____	
Prontuário: _____Quarto/ Enfermaria: _____Leito: _____	
Medicamento: _____	
Dose: _____Apresentação: _____	
Período de Tratamento: _____Posologia: _____	
Justificativa para compra do medicamento não-padronizado bem como da discordância pela substituição por medicamento similar ou equivalente padronizado:	
Nome do Médico: _____	CRM: _____
Especialidade: _____	
Assinatura: _____	Data: ____/____/____
Telefones para contato: _____	
Parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica:	
Assinatura: _____	

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Data: __/__/__ Em caso de dúvidas falar no Ramal XXXX

Anexo II – Solicitação de Inclusão / Exclusão de Medicamentos na Padronização:

Solicitação nº ____/ 20__ (controle interno da CFT)

MÉDICO/PROFISSIONAL ESPECIALISTA SOLICITANTE

Nome do Médico: _____

CRM: _____ Especialidade: _____

Assinatura e carimbo: _____ Data: __/__/__ Telefones para contato: _____

Medicamento (nome genérico): _____

Apresentações: _____

Posologia usual: _____

Previsão de consumo (quantidade/mês): _____

Há medicamento de mesma classe ou mesma indicação terapêutica já padronizado?

Sim () Não () Se SIM, qual o padronizado? _____

Justifique qual a vantagem sobre o mesmo:

Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento, atualmente disponível, poderia ser despadronizado? Sim () Não ()

Justifique:

Indicação de uso (justificativa para a padronização) - Anexar evidência científica:

Há Protocolo de Uso Institucional? () Sim () Não

Se sim, anexá-lo.

Há concordância dos demais especialistas quanto à utilização do medicamento?

Sim () Não ()

Encaminhado à CFT em:/...../.....

Assinatura e carimbo do Recebedor

PARECER DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Laboratório(s) fabricante(s):

Apresentação disponível:

Preço de compra Aproximado:

Impacto financeiro:

Parecer da CFT:

Exige Protocolo? Sim () Não ()

Parecer Emitido em:/...../.....

Assinatura e carimbo do Presidente da Comissão

Anexo III - Termo de Isenção de Conflito de Interesse



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Nome: _____

Cargo: _____

• Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses?

Sim ____ Não ____

• Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos?

Sim ____ Não ____

• Se você respondeu "sim" a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.

Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras):

Nome da empresa: _____

Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?

Sim ____ Não ____

O interesse é vigente no momento atual?

Sim ____ Não ____

Se "não", quando cessou o interesse? _____

• Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

• Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecidos.

• Declaro que informarei à CFT se houver qualquer mudança nas circunstâncias acima declaradas.

• Assinatura: _____

• Data: ____/____/____

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Farmácia e Terapêutica													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais	Equipe		X	E conforme necessidade									
Padronização dos formulários	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração dos manuais	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de POP	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e análise dos indicadores	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões com demais comissões e serviços	Equipe	Quando necessário											

4.1.21 Comitê de Compliance

4.1.21.1 Compliance e Código de Conduta

Nos últimos anos a instituição vem empregando esforços para o aprimoramento das ações na área de compliance e integridade, destacando-se o engajamento e apoio da alta administração, a elaboração de Código de Conduta e Ética, e a elaboração de políticas institucionais, dentre outras ações. Alicerçada em princípios de transparência e ética, a BHCL, ao longo dos anos, tem consolidado um modelo de gestão que considera diversificação, porte, complexidade e número de unidades geridas. Seu modelo de gestão está alicerçado em uma cultura de integridade.

Compromisso da Alta Administração

A alta administração da BHCL tem atuado de forma importante na promoção, deliberação e monitoramento das ações de integridade.

Compromisso com Compliance e Conduta Ética

A BHCL entende que há uma relação direta entre os dois pontos, já que as regras técnicas influenciam no comportamento pessoal em relação ao trabalho, enquanto as regras éticas consolidam a postura dos colaboradores em relação às suas obrigações. Atualmente, está implantado, tanto na Sede Corporativa, quanto nas unidades por ela gerenciadas, o Código de Conduta Ética, uma vez que a BHCL preza pela ética em todas as suas relações, motivo pelo qual busca empresas, terceiros, clientes e colaboradores que entendam a sua forma de fazer negócios e se comprometam a observar os mais altos padrões de ética e integridade.

O documento define as determinações éticas da BHCL em relações interpessoais, e como deve ser a postura dos colaboradores em relação ao próprio trabalho. As diretrizes aqui contidas

RJ



são embasadas nas leis aplicáveis às atividades e relações estabelecidas pela BHCL, e em especial:

- ✓ Lei Anticorrupção (Lei 12.846/13) e Decreto 11129/2022;
- ✓ Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.429/1992);
- ✓ Lei de Lavagem de Dinheiro (Lei 9.613/98, alterada pela Lei 12.863/12);
- ✓ Lei de Defesa da Concorrência (Lei 12.529/11);
- ✓ Código Penal (Lei 2.848/40);
- ✓ Consolidação das Leis de Trabalho (Decreto - Lei 5452/43);
- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90);
- ✓ Lei de Licitações (Lei 14.133/21);
- ✓ Código do Consumidor (Lei 8.078/90).

Principais Ações

Políticas, Normas, Manuais e Procedimentos

As Políticas, Códigos e Manuais da BHCL têm o objetivo de dar maior transparência à gestão e processos internos. Os documentos (Políticas, Códigos e Manuais Institucionais) visam à qualidade, segurança, transparência e ética na realização dos processos nas unidades sob sua gestão, bem como ao cumprimento das legislações vigentes nos âmbitos Federais, Estaduais e Municipais.

Controles Internos

Na BHCL, a avaliação de controles internos considera, dentre outros aspectos, o porte da instituição, a diversidade dos perfis e a das unidades geridas. Com o objetivo de ampliar e engajar os profissionais que atuam nas superintendências atualmente existentes, foi definida a realização de reuniões mensais que abordam os temas sobre Integridade, Financeiro, Fornecedores e Socioambiental. Os objetivos são:

- ✓ Promover o desenvolvimento contínuo e incentivar a adoção de boas práticas de controles internos e realizar interfaces com os responsáveis pela Governança e Compliance;
- ✓ Contribuir para a padronização das práticas e procedimentos corporativos;
- ✓ Garantir que os procedimentos estejam de acordo com a política, normas e padrões da gestão de controles internos; e
- ✓ Promover e apoiar a institucionalização de controles internos, oferecendo e buscando suporte necessário para sua efetiva implementação na instituição.

Gestão de Requisitos Legais



Com o objetivo de estar em conformidade com a legislação vigente e mitigar riscos, a BHCL estabelece em sua estratégia o monitoramento dos requisitos legais aplicáveis a cada uma de suas unidades.

Integração de Novos Profissionais

A integração institucional da BHCL, que é realizada no primeiro dia de trabalho dos profissionais, tem o objetivo de socializar e submeter os novos integrantes ao ambiente da BHCL ou unidade gerenciada, bem como conhecer os valores organizacionais, o Manual de Compliance e o Código de Integridade, Ética e Compliance que estruturam o programa de integridade e compliance.

Canais de Comunicação

- Site da BHCL: uma das iniciativas da BHCL para maior transparência na divulgação das Ações de Promoção de Compliance, foi a inserção de área específica de Compliance no site. Foi disponibilizada área exclusiva denominada "Transparência", para a divulgação dos dados institucionais previstos.
- Canal de Ouvidoria: A BHCL disponibiliza canal de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias dos pacientes e é operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada pelo Analista de Ouvidoria.
- Canal de Comunicação com o Colaborador: **projeto em processo de implantação**. O objetivo é de disponibilizar canal de comunicação formal, para acolher opiniões, críticas, reclamações e denúncias dos colaboradores, e ser operado de forma independente e imparcial, com garantia de sigilo e confidencialidade do autor da mensagem/denunciante e a apuração é realizada pelo Setor de Recursos Humanos.

Relacionamento com Parceiros e Fornecedores

No escopo da implantação do programa de integridade, é fundamental a compreensão sobre a caracterização da cadeia de suprimentos, passando pela compreensão da estratégia das aquisições e contratações realizadas pela BHCL, e o relacionamento com seus fornecedores. Dentre as atividades, destacam-se:

- Portal Eletrônico de Compras – Divulgação do Código de Conduta e Canal de Denúncias para Fornecedores - A BHCL realiza as compras por meio de um portal eletrônico de compras. O controle informatizado do processo permite realizar compras de forma transparente e controlada, registrando o histórico das cotações, negociações, compra com resultados facilmente mensuráveis e ações rastreáveis, fortalecendo a transparência nos processos de aquisição;
- Avaliação de Fornecedores – a BHCL, continuamente, vem aprimorando as ações do Comitê Técnico de Qualificação de Fornecedores – CTQF, que é formado por equipe corporativa

multiprofissional e tem por objetivo realizar visitas técnicas e verificar o cumprimento de requisitos estabelecidos e formalizados em um checklist padronizado. Outra atribuição do Comitê, além das visitas técnicas, é o monitoramento de alerta dos órgãos reguladores e o controle de desvios de qualidade dos produtos;

- ✓ Avaliação de Fornecedores;
- ✓ Questionários de Due Diligence; e
- ✓ Cláusulas Anticorrupção nos contratos com empresas terceiras.

Durante o processo de integração, o colaborador recebe o Manual com o Código de Integridade Ética e Compliance, contendo as normas da instituição, e ao final assina e destaca o termo de adesão às diretrizes, conforme apresentado em **Volume 2, item 4.1.21.2.**

Plano de Implementação do Compliance

Atualmente a BHCL já tem implantada a Política de Compliance e Código de Conduta, e se utiliza de ferramentas tecnológicas para garantir a segurança na aplicação e monitoramento das políticas de compliance.

Para a implantação no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, a BHCL seguirá o seguinte cronograma:

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Implantação do Programa de Compliance												
Atividades	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Analisar os riscos												
Definir Plano de ação												
Capacitar os colaboradores quanto ao Código de conduta e compliance												
Constituir o Comitê de Compliance												
Realizar auditorias												
Elaboração de Relatório												

4.1.21.2 Proposta para Implantação do Comitê de Compliance

Para a aplicação das Normas e Rotinas, a BHCL se propõe a implantar o Comitê de Compliance, com a proposta a seguir de Regimento.

Proposta de Regimento para o Comitê de Compliance





CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste Regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento do Comitê de Compliance, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer o Comitê de Compliance junto à administração e todo grupo de colaboradores da unidade.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º Receber e analisar os casos de denúncia, os procedimentos e condutas, bem como instaurar os procedimentos de investigação e as medidas disciplinadoras quando cabíveis.

Art. 3º É um órgão de assessoria independente e ligado ao Jurídico e Diretoria Geral do Hospital.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A composição mínima do Comitê de Compliance deverá ser de três membros, sendo um profissional de compliance, um membro da Diretoria Administrativa e um membro da Diretoria Técnica, podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade da unidade.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Ao presidente do Comitê de Compliance, além de outras instituídas neste regimento, compete:

- I – Presidir as reuniões ordinárias;
- II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessárias;
- III- Encaminhar aos membros do Comitê de Compliance as propostas técnicas e administrativas de funcionamento do Comitê de Compliance para apreciação e aprovação;
- IV- Representar Comitê de Compliance sempre que solicitado;
- V- Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo;
- VI - Fazer cumprir o regimento;
- VII- Subscrever todos os documentos e resoluções do Comitê de Compliance previamente aprovados pelos membros desta;
- VIII- Nas decisões do Comitê de Compliance, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);
- IX – Indicar seu vice-presidente/coordenador;
- X- Instaurar procedimento de investigação relativo as denúncias quando cabível.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 7º Ao vice-presidente do Comitê de Compliance compete, além de outras instituídas neste regimento:

I- Assumir as atividades do presidente na sua ausência;

II- Zelar pelo sigilo das informações.

Art. 8º Ao Comitê de Compliance compete:

I – Emitir parecer cotécnico ou relatório quando solicitado pelo Comitê de Compliance;

II- Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

III- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

IV- Desenvolver atividades de disseminação do Programa de Compliance à todos os colaboradores e Parceiros do Instituto;

V- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações e orientações do Programa de Compliance e do Comitê de Compliance.

VI – Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões do Comitê de Compliance.

VII- Avaliar e tratar todas as denúncias de Compliance;

VIII- Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º O Comitê de Compliance será presidido pelo profissional de Compliance que será nomeado pela Diretoria Geral.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10. São atribuições de todos os membros do Comitê de Compliance:

I – Promover o monitoramento das regras do Programa de Compliance;

Art. 11. São atribuições da Secretaria do Comitê de Compliance:

I- Lavrar a ata das sessões/reuniões;

II- Convocar os membros do Comitê de Compliance para as reuniões determinadas pelo presidente;

III – Organizar e manter o arquivo do Comitê de Compliance;

IV – Receber e protocolar os processos e expedientes;

V- Preparar a correspondência.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 12. As reuniões do Comitê de Compliance serão realizadas mensalmente com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário previamente definidos e informados.

Art. 13. As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário.

Art. 14. As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria Geral, para os encaminhamentos necessários.

Art. 15. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 16. O presidente do Comitê de Compliance, assim como todos os membros serão nomeados pela Diretoria Geral.

§1º. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pelo Comitê de Compliance.

Art. 17. As decisões do Comitê de Compliance serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 18. Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 19. As reuniões do Comitê de Compliance deverão ser registradas em ata contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 20. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal e anexado a ata da reunião ordinária.

Art. 21. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Compliance em conjunto com a Diretoria.

Art. 22. Os assuntos tratados pelo Comitê de Compliance deverão ser guardados em sigilo ético e em obediência a Lei Geral de Proteção de Dados pessoais por todos os membros.

Art. 23. Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 24. Nenhum membro do Comitê de Compliance, com exceção do Presidente, pode falar em nome do Comitê, sem que para isso esteja devidamente autorizado.

Art. 25. A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração, obrigatoriamente, ser submetida à apreciação da Diretoria Geral.

Art. 26. Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades do Comitê de Compliance



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comitê de Compliance													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação dos profissionais nos conceitos de ética e transparência	Equipe			X	e sempre que necessário								
Análise de 100% de notificações recebidas	Equipe		X	X									
Elaboração de documentos	Equipe			X	X	X							
Implantação de Indicadores	Equipe		X	X									
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Segue em **Anexo 3**, a ata de aprovação do Programa de Compliance.

4.1.22 Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal

A Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal tem como objetivo identificar e realizar análise detalhada de óbitos maternos de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos e neonatos ocorridos no Hospital, discuti-los e apontar medidas de intervenção para redução da mortalidade materna e neonatal.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão, Capítulo I e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno, Capítulo II.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões regulares mensalmente e por solicitação.

Para a organização desta Comissão propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal

CAPÍTULO I

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º. A Comissão tem o objetivo de analisar os óbitos de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, e óbitos de neonatos ocorridos na Maternidade especialmente aqueles ocorridos em situações especiais ou inesperadas.

Parágrafo único. Com base nos dados fornecidos pelo SAME e os obtidos por esta Comissão, serão encaminhadas à Diretoria Clínica sugestões de medidas de intervenção ou investimentos em determinadas áreas.



Art. 2º. A Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal será nomeada pelo Diretor Geral.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão será composta por profissionais de saúde formalmente designados pela Diretoria Clínica.

§1º. Será composta por no mínimo 02 (dois) membros do Corpo Clínico, indicados pela Diretoria Clínica. Um deles será eleito coordenador pelos outros membros desta Comissão.

§2º. Deve ter em sua composição, no mínimo, 01 (uma) enfermeira obstetra.

Art. 4º. A duração do mandato será coincidente com o mandato do Diretor Clínico

COMPETÊNCIAS

Art. 5º. A Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal avaliará a totalidade dos óbitos maternos e neonatais e os laudos necroscópicos quando existirem;

Art. 6º. Os relatórios elaborados por esta Comissão serão enviados ao Diretor Clínico e à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º. Os óbitos ocorridos no Hospital serão compilados pelo setor Faturamento/ SAME e encaminhados à **CIDPMMN**. Mensalmente os óbitos serão distribuídos aos membros da Comissão para análise e preenchimento de formulário próprio.

Art. 8º. Os formulários serão arquivados na Secretaria da Comissão e os dados obtidos serão analisados estatisticamente.

Art. 9º. As reuniões ordinárias serão mensais. Nestas reuniões serão elaborados relatórios com as atividades e os resultados obtidos por esta Comissão.

Art. 10. A Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal poderá ser acionada a qualquer momento pela Diretoria Clínica, pela Diretoria Técnica, Diretoria Geral, por qualquer membro do corpo assistencial do hospital e por parentes de pacientes que tenham vindo a falecer. Neste caso o coordenador convocará uma reunião com os demais membros para definir atuações.

Parágrafo Único. As conclusões da Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal seguem a legislação pertinente quanto o sigilo médico.

RJ

Art. 11. A Comissão não tem característica julgadora. Suas análises e conclusões serão levadas à Diretoria Clínica que decidirá qual encaminhamento será dado.

Art. 12. As reuniões serão registradas em ata.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 13. Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CIDPMMN, ao Diretor Técnico da Maternidade.

Art. 14. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica.

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão

- Elaboração de indicadores, com análise contínua
 - Registro das reuniões lavrados em ata
 - Implantar a Comissão em até 2 meses a partir do início das atividades
 - Realizar reuniões mensais, e plano de ação para redução dos índices de mortalidade
- Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Levantamento de necessidade de treinamento	Equipe		X	X	X								
Elaborar documentos	Equipe		X	X									
Elaborar plano educativo para familiares e cuidadores	Equipe		X	X									
Orientação para preenchimento dos documentos de óbito	Equipe			X	X	e quando necessário							
Reunião com Comissão de Prontuários	Equipe				X			X			X		
Reunião com NQSP	Equipe			X			X			X			X
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

As ações acima descritas, desdobram-se nas seguintes ações:

- ✓ Nomeação dos membros e constituição da comissão;
- ✓ Reuniões extraordinárias;
- ✓ Análise do preenchimento dos atestados de óbito e ações educativas corretivas;

4.1.23 Outras Comissões

4.1.23.1 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

O NHE será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico. Este serviço funcionará 7 dias por semana no período da manhã e da tarde, incluindo finais de semana e feriados.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar será responsável também pela Vigilância Epidemiológica, sendo que as atividades realizadas serão:

- ✓ Elaborar e divulgar periodicamente relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar sistematicamente reuniões da CCIH;
- ✓ Vigilância Epidemiológica, notificação de doenças compulsórias, acompanhamento da sala de vacinas e de atendimento antirrábico (se este serviço estiver disponível no Hospital);
- ✓ Participar das atividades de imunização de profissionais e usuários no ambiente hospitalar;
- ✓ Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos no pronto atendimento para detecção de doenças de notificação compulsória e infecção relacionada à assistência à saúde;
- ✓ Notificar ou investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- ✓ Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ações de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria do Estado da Saúde;
- ✓ Inserir as informações nas Fichas de Investigação Epidemiológica do banco de dados do SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, respeitando as normas e rotinas estabelecidas pelo SINAN, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- ✓ Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;
- ✓ Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- ✓ Promover a integração com o serviço de arquivo médico, para acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas no prontuário e em outros registros de atendimento.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

As doenças e agravos serão notificados conforme Portaria Nº 1.271 de 2014 e atualizações.

Todos os casos de violência devem ser atendidos pela equipe multiprofissional, evitando assim a exposição do usuário, e neste caso, a Assistente Social será a responsável pelo preenchimento da Ficha SINAN para caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

O encaminhamento de todas as notificações será de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica/SCIH.

Proposta para Regimento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

CAPÍTULO I

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

Art. 1º Nos termos da Lei 9.431 de 06 de janeiro de 1997 e da portaria MS nº2. 616, de 12 de maio de 1998, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica se tornou de natureza técnico-científica permanente.

Art. 2º Desenvolvimento e manutenção de programas de Controle de Infecção são os objetivos desta Comissão.

§ 1º. Programa de Controle de Infecção Hospitalar é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 2º. Infecção Hospitalar, segundo o Ministério da Saúde (1998), é caracterizada por “qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação e procedimentos hospitalares”.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I - ESTRUTURA

Art. 3º A estrutura da Núcleo de Vigilância Epidemiológica compreende:



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

I – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

II – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) Órgão de assessoria da direção da instituição composta por profissionais de nível superior, formalmente designados, constituída por:

- Membros Consultores (representantes dos serviços médico, de enfermagem, farmácia hospitalar, laboratório de microbiologia e da administração do hospital).

- Membros Executores (obedecendo à relação de 2 técnicos de nível superior para cada 200 leitos, sendo um dos membros preferencialmente da enfermagem).

Art. 4º A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 5º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar, no mínimo, com 7 (sete) componentes.

Formação	Perfil	Qtde
Médico Infectologista	Profissional com formação em medicina e residência médica em infectologia	1
Médico	Profissional médico que atua na unidade	2
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem e título de especialista, que atua na unidade	2
Farmacêutico	Profissional com formação em farmácia, com título de especialista, que atua na unidade	1
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em biologia, farmácia e bioquímica ou biomedicina com título de especialista, que atua na unidade	1

Parágrafo Único. As indicações deverão recair em técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e representantes, preferencialmente de nível superior, das Unidades envolvidas diretamente no referido programa.

Art. 6º O Diretor Clínico escolherá os Membros que comporão a CCIH e promoverá as designações destes, do Presidente e do Vice-Presidente.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS



Art. 7º Compete ao **Núcleo de Vigilância Epidemiológica**

I – Elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo ações relativas a:

a) implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde/1998;

b) Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

c) Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

d) Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

II – Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

III – Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV – Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

V – Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;

VI – Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

VII – Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição;

VIII – Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

IX – Elaborar Regimento Interno;

X – Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;

XI – Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica

RJ



(notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;

XII – Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Art. 8º São atribuições específicas da Diretoria Clínica do Hospital:

- I – Constituir formalmente a CCIH;
- II – Nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
- III – Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
- IV – Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH;
- V – Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

Art. 9º. São atribuições específicas do Presidente:

- I – Representar a CCIH;
- II – Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III – Despachar expedientes e subscrever documentos da Comissão;
- IV – Dirigir os trabalhos da CCIH;
- V – Prover recursos para implementação dos Projetos da CCIH;
- VI – Assessorar a CCIH com relação às diretrizes da administração;
- VII – Comunicar a destituição dos membros ao Diretor Clínico;
- VIII – Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas;
- IX – Indicar o seu substituto eventual.

Art. 10º São atribuições dos membros consultores da Comissão:

- I – Representante da Administração:
 - a) Implementar as normas da CCIH junto aos serviços de apoio (limpeza, lavanderia, serviço de manutenção).
- II – Médico:
 - a) participar da padronização de medicamentos;
 - b) participar ativamente do controle de infecção hospitalar;
 - c) participar em todos os âmbitos nas discussões e orientações;
 - d) discutir a prescrição de antibióticos com os médicos, subsidiado com as informações do farmacêutico, do laboratorista e da enfermagem;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- e) autorizar a liberação do antibiótico fora da padronização do hospital ;
- f) elaborar o programa de controle de antimicrobianos;
- g) realizar vigilância epidemiológica ativa;
- h) participar de reuniões;
- i) participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção hospitalar";
- j) participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;
- k) sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções.

III – farmacêutico:

- a) Fiscalizar as condições de armazenamento e validade dos medicamentos adquiridos, especialmente dos antibióticos;
- b) Propor à Comissão o número de marcas e de apresentações comerciais dos agentes terapêuticos utilizados no hospital;
- c) Manter atualizada a padronização de medicamentos (especialmente a de antibióticos) e sugerir, periodicamente, à CCIH, a exclusão ou a inclusão de agentes terapêuticos na mesma;
- d) Preparar e divulgar através da CCIH tabela de incompatibilidade química, a fim de evitar a administração inadequada de misturas de medicamentos no paciente;
- e) Controlar o uso de medicamentos de alto custo ou de elevada toxicidade e pesquisar alternativas menos onerosas e menos tóxicas;
- f) Informar ao corpo médico, através da CCIH, o custo, os efeitos colaterais e a ação terapêutica dos novos agentes colocados no mercado;
- g) Manter um arquivo de prescrição de antimicrobianos e fornecer mensalmente à CCIH, levantamento dessa prescrição por clínica e por antibiótico.

IV – Enfermeiro:

- a) Manter contato permanente com as diversas unidades do Hospital para detecção relativa ao controle de infecção hospitalar, coletar dados de interesse, dar orientação técnica e supervisionar o cumprimento das normas e recomendações emanadas da CCIH;
- b) Criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica ativa, de forma a facilitar a coleta de dados;
- c) Acompanhar a implantação do programa de controle de infecção hospitalar;
- d) Elaborar rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem adequado ao controle das infecções hospitalares e orientar sua execução;
- e) Promover educação em serviço para pessoal que atua em áreas de capacitação específica;
- f) Participar de reuniões, cursos e congressos que tratem do tema "infecção hospitalar";
- g) Participar de pesquisas sobre infecção hospitalar;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- h) Sugerir medidas que resultem na prevenção ou redução das infecções;
- i) Promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos com a finalidade de prevenir as infecções hospitalares;
- j) Fazer cumprir as atribuições descritas.

VI – Microbiologista:

- a) Orientar o corpo clínico quanto à solicitação de exames, coleta de amostras e interpretação de resultados microbiológicos;
- b) Rejeitar as solicitações que não estiverem de acordo com os critérios por ele estabelecidos e aprovados pela CCIH;
- c) Implantar métodos rápidos para a identificação de agentes infecciosos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos;
- d) Organizar um arquivo de resultados que permita a realização periódica de levantamentos da frequência de microrganismos isolados das infecções hospitalares e da prevalência de cepas resistentes aos antibióticos.

VII – Secretárias:

- a) Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- b) Digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes a CCIH e Gerência de Risco;
- c) Catalogar fontes bibliográficas;
- d) Manter os arquivos atualizados;
- e) Manter os armários organizados;
- f) Executar os serviços de digitação da CCIH;
- g) Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos setores competentes, após autorização da chefia da unidade;
- h) Alimentar diariamente o sistema para notificações de infecção hospitalar (planilha Excel) após notificação de infecção hospitalar pelos membros executores da CCIH, gerando a estatística global mensal;
- i) Participar da organização de eventos;
- k) Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- j) Confeccionar impresso referente a planilha NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance* - Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares) mensal das infecções hospitalares das unidades críticas;
- l) Realizar a notificação das queixas técnicas e eventos adversos da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância;
- m) Participar e elaborar ata de reunião da Gerência de Risco e CCIH;



- n) Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do setor;
- o) Receber exames laboratoriais, conferir unidade de internação e leito do paciente e encaminhar aos membros executores da CCIH para vigilância microbiológica ativa;
- p) Checar os e-mails da CCIH diariamente;
- q) Encaminhar até o último dia de cada mês o impresso NNIS para as unidades críticas e solicitar os impressos anteriores;
- r) Solicitar até o dia 05 de cada mês as estatísticas gerais de cada setor

CAPÍTULO V

DOS MEMBROS EXECUTORES DO NUCLEO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Art. 11º Os membros executores da CCIH representam o Controle de Infecção Hospitalar, e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar:

Da Composição

- I - Coordenador, com dedicação a CCIH;
- II - Médico, com tempo mínimo de quatro horas diárias de dedicação a CCIH;
- III - enfermeiro com tempo mínimo de seis horas diárias de dedicação a CCIH;
- IV - Secretária com dedicação exclusiva ao CCIH.

CAPÍTULO VI

Das Atribuições

Art. 12º São atribuições dos membros executores:

- I - Coordenador:
 - a) estruturar A CCIH do ponto de vista organizacional e operacional;
 - b) promover a capacitação dos recursos humanos da CCIH;
 - c) coordenar e ministrar periodicamente, cursos de controle de infecção hospitalar para os profissionais de saúde que atuam na Instituição;
 - d) realizar busca ativa de casos, diariamente, com assessoramento na abordagem de pacientes de risco e infectados;
 - e) padronizar germicidas e/ou produtos químicos com supervisão de sua utilização;
 - f) avaliar a padronização de rotinas técnicas;
 - g) realizar investigações epidemiológicas quando necessárias;
 - h) elaborar relatórios periódicos e promover discussão com o corpo clínico e a unidade de enfermagem;
 - i) elaborar relatórios mensais e anuais para a Secretaria de Saúde;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

j) assessorar e/ou dar subsídio ao Hospital, na aquisição e manutenção de equipamentos destinados a procedimentos invasivos;

k) divulgar o trabalho realizado no Hospital em congressos, seminários, cursos e atividades afins;

l) comunicar periodicamente ao Diretor Técnico/Clínico todas as medidas a serem tomadas e o andamento das atividades.

II – Médico:

a) realizar busca ativa de casos, com assessoramento na abordagem de pacientes infectados;

b) participar da rotinização de atividades técnicas;

c) realizar investigação epidemiológica;

d) elaborar relatórios periódicos e discuti-los com o corpo clínico;

e) realizar pesquisas e divulgar o trabalho da CCIH em eventos;

f) auditar o uso de antimicrobianos;

g) elaborar estratégias de intercâmbios internos e externos.

III – Enfermeiro:

a) realizar vigilância epidemiológica (busca ativa e passiva) de casos nos diversos setores no Hospital, com pesquisa de infecções de egresso;

b) realizar busca ativa no laboratório de microbiologia e/ou obter acesso direto com terminal de computador na CCIH;

c) realizar investigações epidemiológicas;

d) padronizar e/ou supervisionar rotinas técnicas para controle de infecções hospitalares;

e) elaborar os relatórios mensais da CCIH;

f) reciclar recursos humanos para controle de infecções em todos os níveis em cooperação com setores competentes;

g) realizar trabalhos científicos em controle de infecção hospitalar que sejam de importância para a CCIH;

h) realizar inspeção periódica em todos os setores para avaliar a implementação do Programa de Prevenção e Controle das Infecções;

i) atender e assistir os visitantes e estagiários do CCIH;

j) elaborar, implantar e implementar e/ou orientar o Programa de Prevenção do Controle das Infecções Hospitalares;

k) substituir o coordenador em seu impedimento.

CAPÍTULO VII



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 13º A execução de atividades desenvolvidas pela CCIH não relacionadas neste Regimento poderão ser realizadas por qualquer um de seus membros de acordo com sua disponibilidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 14º As reuniões da CCIH serão realizadas em caráter ordinário (bimestral), em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 15º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 16º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 17º A CCIH poderá incluir mensalmente em uma de suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 18º As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Presidente, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros da CCIH.

Art. 19º De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 20º Os membros da comissão, que faltarem a três reuniões consecutivas e injustificadamente, serão automaticamente desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Diretor Técnico/Clinico.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21º Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 22º Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em reunião para isto, convocada com a presença do Diretor Técnico/Clinico.

Art. 23º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe		X										
Capacitação da equipe quanto à notificação de doenças	Equipe			X	X	e sempre que necessário							
Busca ativa de Doenças de notificação compulsória	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de indicadores	Equipe			X	X								
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.23.2 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação/especialização lato sensu, destinada às diversas categorias profissionais, tais como: enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais; e caracteriza-se por ensino em serviço, sob orientação de profissionais qualificados em consonância com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e portarias emitidas, posteriormente, sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da COREMU propomos o seguinte regimento:

Proposta de Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional

CAPÍTULO I

DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o Artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

§1º. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais,

RJ



serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde, de acordo com o § 1º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

§2º. Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão ser constituídos pela articulação entre as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, de acordo com o § 2º da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar têm como objetivos fundamentais: aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos residentes e melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes.

Art. 3º Compete à Comissão de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar-COREMU, o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, bem como deliberar sobre os eixos temáticos a serem oferecidos anualmente, de acordo com o Artigo 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45/12/01/2007.

Art. 4º Cada Área Profissional indicará um Supervisor, Tutor (es) e Preceptor(es) para cada Eixo Temático que compõe o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar.

Parágrafo único. Por peculiaridades de cada Área Profissional envolvida nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, as diferentes funções poderão ser desempenhadas por um mesmo profissional.

Art. 5º As propostas de introdução de novos eixos temáticos, ampliação ou modificação deste Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar deverá ser encaminhada à COREMU que após análise e deliberação, às apresentarão à Direção Geral para aprovação.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 6º Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno do Hospital.

Parágrafo único. Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Art. 7º Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo Artigo 16, § 1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

§1º. O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela COREMU.

§2º. O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do Artigo 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art. 8º. O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Art. 9º. Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional.

Art. 10º Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

- I. Núpcias: oito dias consecutivos;
- II. Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
- III. Nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.

Parágrafo único. À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESu/MEC 76/2009).

Art. 11º Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

CAPÍTULO IV DA COORDENAÇÃO

Art. 12º A COREMU é o órgão competente para manter os entendimentos coma Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Art. 13º A COREMU será constituída por:



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- I. Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- II. Um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;
- III. Um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;
- IV. Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;
- V. Um Representante de Preceptores que atuam no Programa;
- VI. Um Representante dos Residentes;
- VII. Um Representante do Gestor local.

§1º. Os Representantes das alíneas "I", "II", "III", "IV", "V" e "VI" deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

§2º. O Representante da alínea "VII" será indicado pela Direção Geral.

§3º. Poderão compor ainda a COREMU outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.

§4º. O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos.

§5º. A Comissão será renovada a cada três anos.

§6º. Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

§7º. Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à COREMU.

§8º. As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a COREMU antes do início da reunião.

§9º. Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão constituir uma Subcomissão local de Residência, presidida pelo seu representante na COREMU e constituída pelos Supervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Art. 14º. O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

Art. 15º. A COREMU reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único. A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário preestabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 16º. As decisões serão tomadas em reunião da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.

Parágrafo único. Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida aprovada na reunião seguinte.

Art. 17º. É da competência da COREMU:

- I. fazer cumprir este Regulamento;
- II. zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- III. rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o Artigo 5º;
- IV. solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- V. coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital;
- VI. Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital.

Art. 18º. Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá:

- I. Apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;
- II. Apresentar currículo vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;
- III. Se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;
- IV. Submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

§1º. A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os dois primeiros meses do ano letivo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

§2º. Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional

RJ



Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

CAPÍTULO V

DA ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Art. 19º. O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital deverá:

- I. Ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente a sua área profissional;
- II. Apresentar diploma profissional devidamente registrado.

Art. 20º. Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Art. 21º. O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Art. 22º. O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de currículo.

Parágrafo único. A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela COREMU.

Art. 23º. A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.

§1º. Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital.

§2º. Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

§3º. Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

CAPÍTULO VI

DA AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 24º. Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Art. 25º. Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

RJ



Art. 26º. Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Art. 27º. Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único. A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a COREMU para avaliação e aprovação.

Art. 28º. Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a COREMU mediante lista de aprovação de cada um dos programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo Hospital.

Art. 29º. Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituirá uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação.

Art. 30º. Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.

§1º. A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

§2º. A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser no mínimo especialista na área.

§3º. A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

§4º. em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptoria profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a COREMU com a devida justificativa para aprovação.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 31º. É de responsabilidade do Representante da área profissional:

- I. Representar a área profissional junto aos COREMU;
- II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;
- III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área
- IV. profissional;
- V. Coordenar as atividades de seus supervisores;
- VI. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
- VII. Encaminhar a COREMU todos os problemas que intervir na boa execução do Programa.

RJ

Parágrafo único. Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à COREMU, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Art. 32º. O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

- I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade;
- II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo específico;
- III. Elaborar o cronograma anual de atividades práticas para os R1 e R2;
- IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso;
- V. Aplicar aos residentes as sanções disciplinares previstas pela COREMU;
- VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário;
- VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;
- IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Art. 33º. O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

- I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;
- II. Estimular a aplicação da teoria na prática;
- III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;
- IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;
- V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e residentes;
- VII. Atuar na revisão da prática profissional.

Art. 34º. O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes, cabendo a ele:

- I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;
- II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;
- III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;
- V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35º. Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Art. 36º. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COREMU													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Constituição da Comissão	Equipe			X									
Reunião com preceptores	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.23.3 Comissão de Residência Médica (COREME)

A Comissão é caracterizada por treinamento em serviço; mediante cumprimento de programa e de serviço pré-determinado, com duração definida e em regime de tempo integral, segundo normas do Ministério da Educação e Cultura, doravante denominado MEC, da Comissão Nacional de Residência Médica, doravante denominada CNRM e da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, doravante denominada SESG-GO, sob a orientação das Coordenações dos Programas.

Para organizar, dirigir e orientar a Residência Médica, bem como supervisionar os estágios na área médica, será implantada a Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME - é o órgão competente para manter os entendimentos com a SESG - GO e CNRM.

A COREME é um órgão colegiado constituído por:

1. Coordenador da COREME e suplente
2. Diretor Técnico



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

3. Coordenadores e Suplentes dos Programas de Residência Médica credenciados
4. Um representante dos médicos residentes para cada programa de Residência Médica credenciado
5. Presidente
6. Diretor Científico

O Coordenador da COREME é autoridade superior em matéria administrativa da COREME, respondendo pelos assuntos que a ela dizem respeito.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno.

Para a organização da COREME propomos o seguinte regimento:

Regimento da Comissão de Residência Médica - COREME

CAPÍTULO I

DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós- graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

Parágrafo único. O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei nº 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Art. 2º Os programas da Comissão de Residência Médica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEI obedecem rigorosamente à Lei nº 6.932, de julho de 1981 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3º Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.



Art. 4º Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas, conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencial demandado pelos usuários do SUS.

Art. 5º Desenvolver atividades teórico-complementares: sessões anátomo clínicas, discussão de Artigos científicos, sessões clínica-radiológica, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.

CAPÍTULO III

DA COORDENAÇÃO

Art. 6º A residência do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por: Coordenador, Vice Coordenador, Secretário, um representante do Hospital e Representantes dos Residentes

§1º. A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;

§2º. A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral do Hospital, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 (dois) anos.

§3º. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato.

§4º. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME.

§5º. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME.

§6º. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do Hospital e pela Coordenação da COREME.

§7º. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares,



em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01 (um) ano.

§8º. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV DOS PROGRAMAS

Art. 7º A COREME oferece vagas nos programas de residências disponíveis no Hospital.

Art. 8º As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Art. 9º Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do Hospital contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03(três) residentes, conforme normas da CNRM.

Art. 10º. Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica, a COREME deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Art. 11º. O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Art. 12º. A duração dos programas nas especialidades deve obedecer às normas estabelecidas pela CNRM.

Art. 13º. Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do Hospital poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:

- I. estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
- II. dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada Residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
- III. dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- IV. dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
- V. dispor de Enfermagem especializada, Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Arquivo Nosológico Organizacional;
- VI. O reconhecimento da Instituição, para efeito de Convênio, será baseado no relatório de Inspeção Prévia, realizada através da Comissão de Preceptores designada pela COREME para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Art. 14º. Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I - Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:

- a. número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
- b. programas de Residência Médica;
- c. número e nome de Coordenadores e Preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
- d. número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
- e. programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
- f. acervo da biblioteca e/ou convênios;
- g. proposta de Regimento Interno;
- h. declaração do coordenador do Programa de Residência Médica de possuir conhecimento pleno das Resoluções da CNRM;
- i. proposta de convênio com Escola Médica.

CAPÍTULO V

DA MANUTENÇÃO

Art. 15º. O Programa de Residência Médica será mantido por dotação Orçamentária da Secretaria de estado da Saúde do Estado de Goiás, doações e verbas diversas.

§1º. A remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES/GO, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 16º - Compete à Comissão de Residência Médica/COREME:

- I. planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
- III. deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas; especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
- VIII. contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
- IX. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

**CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES****Art. 17º.** São atribuições do Coordenador:

- I. estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
- II. presidir as reuniões da COREME;
- III. deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
- IV. elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
- V. planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
- VI. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VII. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VIII. manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
- IX. elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
- X. expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do Hospital;



- XI. organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
- XII. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e, naquela em que eles estejam complementando suas atividades;
- XIII. o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
- XIV. a aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
- XV. discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
- XVI. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XVII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- XVIII. zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES/GO; e
- XIX. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Art. 18º. São atribuições do Vice-Coordenador:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;
- II. substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;
- III. auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;
- IV. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 19º. São atribuições do Secretário da COREME:

- I. fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. redigir as atas das reuniões;
- III. substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- IV. participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;
- V. auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;
- VI. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- VII. cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 20º. São atribuições do Supervisor:

- I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. organizar as escalas de plantões mensais e encaminhá-las até o 25º dia de cada mês;
- III. manter o chefe da Clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;
- IV. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- V. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela

RJ



COREME na sua Unidade, e, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

VI. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

VII. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VIII. convocar a COREME para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

IX. controlar a frequência dos médicos residentes;

X. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente à COREME, ao final de cada estágio;

XI. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;

XII. supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;

XIII. realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;

XIV. cumprir e fazer cumprir este regimento

Art. 21º. São atribuições do Preceptor:

I. participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;

II. acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;

III. supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;

IV. promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;

V. estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;

VI. convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;

VII. controlar a frequência dos médicos residentes;

VIII. enviar Ficha de Avaliação de Desempenho do Médico Residente a COREME, ao final de cada estágio;

IX. avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (Resolução CNRM 02/2006 Artigo 13º § 1º);

X. aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;

RJ

XI.realizar outras atividades compatíveis com a função;

XII.cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 22º. São atribuições dos Médicos Residentes:

I.eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;

II.eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica - Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;

III.cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;

IV.defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;

V.participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;

VI.realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII

DO PROCESSO SELETIVO

Art. 23º. O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da SESG/GO e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Art. 24º. A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/GO, e este Regimento.

Art. 25º. Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

§1º. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Art. 26º. O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado no site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Art. 27º. O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:

I. requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

que concluiu o curso graduação em Medicina e o ano de conclusão;

- II. cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);
- III. os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;
- IV. duas fotos 3X4, recentes;
- V. comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;
- VI. cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade, CPF e CRM;
- VII. opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Art. 28º. Para o preenchimento das vagas serão considerados:

- I. número de vagas oferecidas pela especialidade;
- II. opção prévia;
- II. caráter classificatório.

Art. 29º. O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo Hospital, nos seguintes itens:

- I. disponibilidade financeira;
- II. capacidade didática;
- III. relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Art. 30º. A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

- I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
- II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC.

Art. 31º. A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de especialidades oferecidas na unidade e procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades disponibilizadas.

Art. 32º. Da prova de seleção:

- I. esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
- II. a prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas especialidades definidas, na mesma proporção de questões;
- III. o exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
- IV. em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:

RJ



- a. melhor currículo escolar;
- b. maior número de questões corretas na especialidade;
- c. maior idade.

CAPÍTULO IX

DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 33º. Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Art. 34º. Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

- l. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
 - b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.

CAPÍTULO X

DA ADMISSÃO

Art. 35º. Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Art. 36. Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Art. 37. Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Art. 38. Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Art. 39. Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade, em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Art. 40. Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra



especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI

DAS TRANSFERÊNCIAS

Art. 41. A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância da SESG.

Art. 42. É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Art. 43. Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

- I. os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;
- II. as instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;
- III. O certificado será expedido pela instituição de destino.

Parágrafo Único. Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 44. Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Art. 45. Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Art. 46. A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano.

RJ



Art. 47. A eleição referida no Artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM nº 02, de julho de 2005, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Art. 48. Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Art. 49. Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 50. Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos).

Art. 51. Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 52. A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII

DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 53. A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

- I. Cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM;
- II. O cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos da Lei – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Goiás e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Art. 54. Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.

Art. 55. O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do Hospital, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Art. 56. Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos), manter os cabelos presos e não usar adornos.

Art. 57. Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Hospital, do COREME e das Instituições conveniadas.

Art. 58. Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 59. O Médico Residente, ao ausentar-se do Hospital para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Art. 60. Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas, devidamente preenchidas e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Art. 61. Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Art. 62. É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando sê-lhe, todavia, o direito de opção.

Art. 63. No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.

Art. 64. Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Art. 65. No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste Artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Art. 66. Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV

DAS PENALIDADES

Art. 67. O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do Hospital. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

- I. as penalidades disciplinares serão de:
- II. advertência verbal;
- III. advertência por escrito;
- IV. suspensão;
- V. eliminação.
- VI. A Comissão de Residência Médica – COREME – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.



- VII. na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste Artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.
- VIII. Se a Comissão de Residência Médica – COREME – opinar pela eliminação, o Residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.
- IX. havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.
- X. As denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.
- XI. A falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.

CAPÍTULO XV

DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 68. No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Art. 69. As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Art. 70. Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 71. A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Art. 72. A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Art. 73. A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Art. 74. Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que concluirão o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Art. 75. Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Art. 76. O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.

RJ

CAPÍTULO XVII**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS**

Art. 77. O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEI podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Art. 78. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

Data; Assinaturas.

Cronograma anual de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
COREME													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.		X										
Constituição da Comissão	Equipe			X									
Reunião com preceptores	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Regimento	Equipe			X									
Relatório mensal	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.23.4 Comissão de Ética em Enfermagem

Conforme disposto na Resolução Cofen 593 de 2014, é obrigatória a formação da Comissão de Ética em Enfermagem em instituições com mais de 50 profissionais da enfermagem em seu quadro de colaboradores.

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.

Constituição Básica

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN local e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de Enfermagem, a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da Enfermagem, a fiscalização do cumprimento, pela Unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de Enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.





BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência para o enfermeiro.

Atribuições Gerais

- ✓ Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem.
- ✓ Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional.
- ✓ Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvam o exercício profissional.
- ✓ Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional, as eventuais más condições de trabalho na Instituição.
- ✓ Assessorar as diretorias da Instituição, dentro de sua área de competência.
- ✓ Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional.
- ✓ Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário.
- ✓ Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de Enfermagem.
- ✓ Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas.
- ✓ Trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas.
- ✓ Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN, sempre que necessário.

Perfil do Cargo

O Presidente da CEE deve pertencer ao Corpo de Enfermagem da Unidade, eleito por seus pares em eleição direta, não devendo exercer a função de Direção ou Chefia de Enfermagem, estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não apresentar condenação de qualquer natureza, devendo estar em dia com todas as suas obrigações junto ao COREN local.

Para a organização desta Comissão, propomos o seguinte regimento:



Proposta para Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE do Serviço de Enfermagem da Unidade, é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com ela, uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único. A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade.

I - Fortalecer o componente ético dos profissionais de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição, por meio da análise das intercorrências notificadas, por denúncia formal e/ou auditoria.

II - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III - Colaborar com o COREN no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Art. 5º A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição será formada por 3 enfermeiros titulares e 3 enfermeiros suplentes e 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem titular e 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem suplentes.

Art. 6º A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7º A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único. As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

RJ



CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 8º A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Unidade tem por competência.

- a) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional da Enfermagem.
- b) Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional.
- c) Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional.
- d) Participar de estudos e projetos visando orientar os clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas.
- e) Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética.
- f) Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário.
- g) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem.
- h) Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN local as infrações éticas detectadas.
- i) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN local sempre que necessário.
- j) Analisar os números de casos registrados x número de casos concluídos e o número de casos que foram encaminhados ao COREN, para serem usados como importante indicador de qualidade.
- k) Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN local

CAPÍTULO IV

Das Eleições

Art. 9º Os membros da Comissão de Ética serão eleitos por meio de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de Enfermagem da instituição.

Art. 10. A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 3 profissionais de Enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

RJ



§1º. Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição.

§2º. Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na Instituição ou Diretoria de entidades de classe de Enfermagem.

§3º. A convocação para eleição será feita por meio de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

§4º. Todas as categorias de Enfermagem presentes na Instituição deverão estar representadas na chapa.

Art. 11. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN da região e com vínculo empregatício efetivo na Instituição.

Art. 12. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 13. As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição, até, 2 fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Art. 14. Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 15. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda, e última instância, ao COREN da região.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art. 16. A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

Parágrafo único. As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato.

Art. 17. A ausência não justificada em mais de 3 reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Art. 18. A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 19. A Coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pelo COREN da região.

Art. 21. O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Art. 22. As determinações deste Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética da Enfermagem.

Art. 23. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética da Enfermagem.

Data; assinatura dos Diretores.

Cronograma anual de Atividades da Comissão de Ética de Enfermagem

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Ética de Enfermagem													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Eleição e nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oficina de capacitação em Ética	Equipe		X	E conforme necessidade									
Levantamento da necessidade de treinamento	Equipe												
Elaboração e implantação de Indicadores	Equipe		X										
Elaboração de relatório com análise	Equipe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demais reuniões	Equipe	Quando necessário											

As ações acima descritas se desdobram nas seguintes atividades:

- ✓ Os membros da Comissão de Ética da Enfermagem serão funcionários e profissionais da unidade.
- ✓ A convocação da primeira eleição, será divulgada pela Gerente de Enfermagem, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 dias antes da eleição.
- ✓ Os candidatos à Comissão de Ética da Enfermagem da Unidade deverão se inscrever individualmente, com antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.
- ✓ Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 dias.
- ✓ O mandato será de 1 (um) ano.

RJ



- ✓ 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 da Unidade.
- ✓ Instaurar processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.
- ✓ Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.
- ✓ Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre a conduta ética do quadro funcional de Enfermagem da Unidade, promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e/ ou equipes.
- ✓ Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.
- ✓ Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações de Enfermagem da Unidade.
- ✓ Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.
- ✓ Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos, Núcleo de Educação Permanente e outros setores e serviços, em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional da Unidade.
- ✓ Encaminhar a denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem, para avaliação e/ou processo ético, quando não se chegar a uma conciliação por meio desta Comissão.
- ✓ Verificar as condições de trabalho oferecidas para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

4.2 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

A BHCL compreende o processo de Educação Permanente dentro das diretrizes propostas pela Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2006). A BHCL entende que a execução de ações referentes ao treinamento e capacitação dos profissionais de saúde é um processo permanente, que permite estrategicamente que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades, possibilitando melhoria da qualidade das ações de saúde promovidas pelas Unidades de Saúde e segurança para os trabalhadores e pacientes.

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



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

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

A necessidade de se organizar processos educativos 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 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 para atender ao Art. 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.

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.

Esse tipo de educação em serviço ainda é muito utilizado 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.

A Política de Desenvolvimento de Pessoas da BHCL é responsável pela gestão integral das ações de desenvolvimento e capacitação de todos os profissionais pertencentes às Unidades de Saúde sob sua gestão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais e manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação e

RJ



integração nos processos de trabalho. As ações de desenvolvimento e capacitação dos profissionais serão realizadas de acordo com a estrutura e número de profissionais da unidade.

Desenvolvimento das Ações

Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, método e tecnologias estabelecidas.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente as lideranças das Unidades, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem esses princípios e adéquem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da unidade seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

Atividades de Educação Permanente:

A definição e priorização dos temas a serem abordados seguirão os seguintes critérios:

- ✓ Informações referentes ao Levantamento de Necessidades de Treinamento em Educação Permanente;
- ✓ Informações inseridas na Planilha Funcional, que direciona as ações de educação voltadas a cada categoria profissional e/ou equipe, a ser elaborado de acordo com a estrutura de cada unidade
- ✓ Solicitação das Lideranças;
- ✓ Solicitação da SES;
- ✓ Solicitação do Corporativo da BHCL.

Os temas a serem abordados, bem como sua prioridade também serão norteados por informações provenientes de

- ✓ Eventos sentinelas;
- ✓ Não conformidades;
- ✓ Implantação e/ou alteração dos Protocolos, Procedimentos e Rotinas Institucionais;
- ✓ Indicadores de qualidade e desempenho;



- ✓ Avaliação de desempenho, pesquisa de clima organizacional e entrevista de desligamento;
- ✓ Serviço de Atendimento ao Cliente/Ouvidoria;
- ✓ Busca ativa nas unidades e setores.

Além disso, na implantação ou atualização de documentos, tais como: POP, Protocolos, Manuais e Rotinas Institucionais, será realizado o treinamento pontual.

A seguir apresentamos o Termo de Referência em Educação Permanente desenvolvido pelos Assessores Técnicos da BHCL.

4.2.1 Termo de Referência para desenvolvimento de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade

APRESENTAÇÃO

Entende-se que a educação é um processo permanente, embasado em referenciais teóricos que promovem treinamento e capacitação técnico-científicos, possibilitando mudanças de comportamento e favorecendo o desenvolvimento das competências necessárias, além de avaliações periódicas com foco nas necessidades observadas.

A Educação Permanente tem como desafio estimular o desenvolvimento de competências técnicas nos profissionais, que visam torná-los autônomos no desenvolvimento de suas atribuições e assunção de responsabilidades. Para tanto promove a contínua oferta de espaços propícios ao ensino-aprendizagem dos profissionais no ambiente de trabalho, tendo como norte o fortalecimento das equipes e processos adequados à realização de práticas de excelência.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, esta deve acontecer de forma estratégica e integrada a gestão de processos. Assim, se constitui como um instrumento essencial de qualificação dos profissionais, buscando superar as limitações de competências das equipes, que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços, e dando subsídios para que eles possam entender e atender as necessidades de saúde da população, e contribuir na organização dos serviços e na formação dos profissionais da área de saúde. (ALMEIDA; FERRAZ, 2008)

A Educação Permanente considera que os processos de aprendizagem de seus colaboradores devem estar embasados na problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho, em que as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde das pessoas constituam a sua referência. (MS, 2003)

RJ



Os processos de ensino-aprendizagem visam estimular o desenvolvimento de competências estratégicas à gestão em saúde. De acordo com a metodologia problematizadora de Paulo Freire, este processo acontece a partir da reflexão crítica sobre as práticas de assistência vigentes e do contexto sociopolítico e sanitário do serviço. Cabe a Educação Permanente, portanto, estimular o compartilhamento de olhares e saberes, favorecendo o aprendizado de referências técnicas de excelência e gerando as transformações necessárias à qualificação do serviço, do trabalho, do cuidado, da educação e da qualidade da assistência. (RICALDONI; SENA, 2006)

Os treinamentos, capacitações, cursos, oficinas etc., dentro deste contexto, não podem ser tomados como unidades isoladas, mas sim como parte do sistema no processo de aprendizagem e transformação da cultura organizacional pretendida pela Educação Permanente. Concomitantemente, levará ao aperfeiçoamento de seu capital humano, bem como da organização. Instituído o processo de Educação Permanente, é possível detectar falhas e desenvolver estratégias que facilitem as tomadas de decisão sobre qual ação educativa a ser executada num dado contexto.

JUSTIFICATIVA

Para fundamentar uma proposta de Educação Permanente é essencial entender que a instituição de saúde é também um lugar de trabalho e educação, e que nele encontraremos um conjunto complexo de relações, acontecimentos e processos de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que, em resumo, definem este espaço social.

A Educação Permanente assume como objetivo a melhoria da qualidade do serviço que se oferece à população, constituindo-se em um conjunto de estratégias para transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo.

Por isto, para nós fica evidente que sendo os serviços de saúde “serviços de pessoas para pessoas”, o principal fator de qualidade da atenção está constituído pela disponibilidade, atitude, conhecimento, habilidade e desempenho dos trabalhadores de saúde. Neste sentido, a Educação Permanente é uma ferramenta para investigação e (auto) análise do trabalho, um instrumento de problematização, um mecanismo para elaborar conflitos, uma proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e novos procedimentos. Ou seja, a Educação Permanente constitui-se como uma nova forma de fazer as coisas e pode ser uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O desenvolvimento do processo de Educação Permanente requer clara consciência de que não se trata de uma atividade marginal, nem de um adorno, nem de um mecanismo de descanso

RJ



ou de refresco do pessoal; trata-se, bem utilizada, de uma das ferramentas mais eficazes de mudanças e melhorias significativas na cultura institucional de um determinado serviço.

Os benefícios da implantação de um processo de Educação Permanente são:

- Desenvolvimento de competências técnicas e estratégicas dos profissionais;
- Mudança de comportamento;
- Desenvolvimento de habilidades;
- Melhoria da qualidade do serviço oferecido à população;
- Promoção de capacitações e treinamentos embasados nos processos de trabalho;
- Transformação das práticas de saúde e trabalho;
- Desenvolvimento permanente dos trabalhadores.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ implantará o processo de Educação Permanente, voltado para as necessidades do serviço, visando melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuir para o desenvolvimento de novas competências, servir de base para mudança cultural de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população. Desta forma, os objetivos das ações de Educação Permanente só serão alcançados quando todas as estratégias estiverem em franco funcionamento, integrado à instituição.

OBJETIVO GERAL

Realizar a gestão integral das ações de Educação Permanente, de acordo com as necessidades dos profissionais pertencentes ao Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, para garantir o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais das equipes, favorecendo a interação e a utilização de padrões adotados nos processos de trabalho; com a finalidade de ampliar a segurança e a qualidade dos serviços ofertados aos clientes.

Estabelecer as diretrizes de Educação Permanente e aprimorá-las continuamente. Implantar o processo de Educação Permanente no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, abrangendo todas as ações estratégicas descritas a seguir.

DESENVOLVIMENTO

1. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- **Criação e desenvolvimento contínuo da Comissão de Educação Permanente**

A Comissão de Educação Permanente é um dispositivo de gerenciamento de Ações de Educação Permanente num dado serviço, que assegura o envolvimento das lideranças no



contínuo processo de aprendizagem das equipes. Tem como responsabilidade principal o desenvolvimento de pessoas e talentos. A partir de ações de Educação Permanente procura ampliar condições, qualificação da cultura organizacional, resultando em profissionais satisfeitos e motivados com a instituição.

A Comissão dá ensejo para que ações de Educação Permanente sejam menos fruto das ideias/propostas que um determinado responsável "acredita" ou "acha" pertinente, e amplia o olhar sobre as necessidades globais do equipamento/serviço em questão, priorizando e engendrando ações a partir de critérios claros e acreditados por todos.

A Comissão cria registros de processos de Educação permanente, o que propicia, a curto e médio prazos que a história e o aprendizado das experiências não se percam.

A tendência dos profissionais a aderirem ao que foi trabalhado nas ações de Educação Permanente se amplia quando a Comissão é atuante e representa bem os interesses de todos, agregando valor ao processo.

Participam deste espaço, eletivamente, representantes de todos os setores do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

Para implantação desta, é mandatório que:

1) A Comissão seja criada a partir do aval da gerência/diretoria/liderança formal responsável pelo Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho;

2) O convite para composição da Comissão seja aberto a todos os setores/coordenadorias/categorias profissionais que participam do processo de trabalho, sendo que a escolha de representantes se dá por indicação dos gestores responsáveis pelas áreas/coordenadorias/setores do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho. Indica-se o profissional que tenha visão para representar a todos da equipe/área/setor/categoria em questão;

3) A enfermeira de educação permanente é responsável por coordenar/liderar a comissão;

4) A Comissão é responsável por integrar e coordenar as ações de Educação Permanente, cuidando para que tais ações sejam correspondentes às reais necessidades do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, e para que os resultados emergentes de tais ações sejam utilizados como baliza para as tomadas de decisão sobre as ações de Educação Permanente futuras, gerando continuidade e acumulando conhecimento com as experiências realizadas;

5) A Comissão propõe/ valida instrumentos de pesquisa e avaliação para analisar se as ações de EP tem os resultados e impactos esperados no serviço;

RJ



As atribuições desta comissão consistem em participar as lideranças do hospital no: planejamento, execução, monitoramento e avaliação sistemática dos processos de Educação Permanente, potencializando o aprendizado de competências estratégicas em suas equipes.

A Comissão zela pela integração estratégica das ações de Educação Permanente com a gestão. Desde a excelência na execução dos processos de ensino-aprendizagem, o monitoramento e avaliação de resultados, até os registros de processos, devolução de resultados e impacto das ações efetivadas.

- **Realização sistemática de ações de Educação Permanente de acordo com as necessidades do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**

As ações de Educação serão sempre focadas na qualificação da assistência e na ampliação da segurança do paciente e do empregado. Podem ocorrer através de reunião, treinamento, capacitações etc. e consistem no levantamento sistemático de necessidades junto às lideranças e profissionais de todas as categorias do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, possibilitando que todos participem do planejamento das ações de Educação Permanente. Visa oportunizar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em acordo com as necessidades do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

A definição e priorização destas seguirão os seguintes critérios:

- A. Informações referentes ao Levantamento de Necessidades e Potenciais de Educação Permanente;
- B. Informações Padronizadas na Matriz de Certificação Funcional;
- C. Solicitação das Lideranças;
- D. Solicitação da Secretaria Estadual de Saúde;
- E. Solicitação da BHCL;
- F. Informações referentes aos eventos sentinelas;
- G. Informações referentes a não conformidades;
- H. Implantação e/ou alteração dos Protocolos, Procedimentos e Rotinas Institucionais;
- I. Informações de Indicadores de qualidade e desempenho;
- J. Informações referentes a avaliação de desempenho;
- K. Informações referentes a pesquisas de clima organizacional;
- L. Informações referentes a avaliações/auditorias internas do sistema de qualidade;
- M. Informações referentes ao Serviço de Atendimento ao Cliente/Ouvidoria;

- N. Informações decorrentes de busca ativa de auditorias de processos
- O. Informações referentes a avaliações de eficácia de treinamento.

- **Matriz de Responsabilidade Funcional**

A competência trata de quatro variáveis, a educação, habilidade, experiência e treinamento do empregado. Esse mapeamento é importante, pois diferentes atividades, em diferentes circunstâncias demandam diferentes competências, e uma organização que pretende ter o controle sobre os produtos e serviços que fornece deve ter o mapeamento das necessidades para recursos humanos. Mapear é o primeiro passo para encontrar os espaços vazios e necessidades de treinamento.

- Educação diz respeito à formação escolar da pessoa.
- Treinamento diz respeito aos cursos específicos daquela área de atuação necessários de serem realizados.
- Habilidade diz respeito às características pessoais necessárias.
- Experiência define o tempo de atuação naquela atividade.

A Educação Permanente é um processo de construção e reconstrução contínua do conhecimento, que atende ao desenvolvimento de competências ligadas à área de atuação do servidor, alinhado à missão institucional e aos objetivos estratégicos, construindo uma ponte entre o desenvolvimento das pessoas e as estratégias organizacionais.

A matriz de certificação funcional, é um instrumento que apresenta o conjunto de competências necessárias aos empregados do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho. Cujo objetivo é, verificar o grau de alinhamento do empregado em relação às competências exigidas pelo hospital.

- **Organização de cursos, capacitações, oficinas etc.**

A organização das ações de Educação Permanente seja na forma de treinamento, oficina, capacitação etc., ainda são as melhores alternativas de desenvolvimento e aprimoramento de pessoas. São ações que devem ser feitas com critérios bem definidos segundo os objetivos que se quer alcançar. A sistematização e monitoramento permanentes das ações de Educação Permanente permitem:

- Aumento da produtividade
- Aumento da eficiência
- Economia de tempo e dinheiro
- Otimização dos resultados
- Melhor qualidade do produto
- Satisfação do funcionário e do cliente



- Diminuição de erro de procedimento
- Ampliação da segurança do trabalhador e cliente.

Manter os profissionais bem-preparados e motivados para tarefa que vão realizar significa valorizar o principal ser de qualquer instituição de saúde: seu recurso humano.

O processo de desenvolvimento das pessoas não significa apenas oferecer conhecimentos e habilidades para que possam realizar seus trabalhos de forma mais produtiva. Significa também proporcionar-lhes uma formação que permita que desenvolvam novos hábitos, novas atitudes e capacitem-se para aumentar seus conhecimentos. Portanto, trata-se de ir além de uma ação isolada, mas sim de um processo que envolve a educação de todos os participantes do ambiente de trabalho.

É importante destacar que investir no desenvolvimento das pessoas da organização é investir na qualidade dos produtos e serviços, é atender melhor aos clientes e ampliar o faturamento. Portanto, a educação permanente desenvolverá um programa de treinamento e desenvolvimento para os profissionais do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

Integração de Núcleo Comum e Treinamento Admissional

Este tem como objetivo nivelar o conhecimento entre os profissionais em relação a normas, rotinas, procedimentos, protocolos institucionais e integrar os novos profissionais nas suas funções e no contexto institucional, favorecendo o alcance das metas e mantendo a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes e dos colaboradores. Tem como finalidade direcionar o potencial do colaborador recém-admitido em comportamento, atitudes e habilidades integrados à política institucional. O treinamento será realizado em conjunto com a Educação Permanente e áreas envolvidas.

Em um primeiro momento, todos os empregados do hospital deverão participar do treinamento e após, será destinado apenas para novos empregados. A periodicidade do treinamento será definida com os gestores conforme a necessidade do hospital. A integração de núcleo comum será aplicada a todos os empregados do hospital, já o treinamento admissional será destinado aos profissionais da enfermagem.

Após o término do treinamento admissional o novo empregado será alocado no seu setor e receberá um instrumento de avaliação que deverá ser preenchido e devolvido à Educação Permanente em até 30 dias. Este instrumento será entregue ao gestor e possibilitará avaliar o desempenho do empregado durante o período de experiência.

Treinamento permanente



O treinamento permanente é definido como um conjunto de ações sistematizadas com o objetivo de fornecer meios para a aprendizagem do indivíduo de forma a propiciar mudanças de comportamento para a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes que favoreçam a maior rapidez no processo de mudanças e renovação do indivíduo. (LEAO, 2008)

A estratégia de treinamento é flexível e pode ser alterada conforme a necessidade, nos casos de: ocorrência de eventos, implantação de rotinas, resultados dos indicadores assistenciais de enfermagem, não conformidades em processos.

O processo de treinamento é cíclico e sistemático e necessariamente dividido em etapas. Estas, por sua vez, são complexas e peculiares a cada contexto da instituição; devem ser conduzidas com eficácia e eficiência, do contrário os resultados não serão obtidos. Para a execução desse processo de treinamento e avaliação de sua efetividade, devem-se considerar as seguintes etapas: (NISHIO E BAPTISTA, 2009)

- Identificação de necessidade de treinamento
- Estratégia de treinamento
- Planejamento do treinamento
- Realização do treinamento
- Avaliação e análise dos resultados.

O treinamento permanente auxilia no delinear das competências a serem desenvolvidas nos empregados.

Desenvolvimento de Liderança

Em toda e qualquer organização, os líderes constituem uma variável de forte impacto no clima organizacional e, por consequência, na atuação dos demais empregados. Por isso, o desenvolvimento de liderança é uma questão vital para a conquista de padrões elevados de desempenho.

Um líder bem-preparado, consciente de suas responsabilidades motiva para o resultado, apoia o crescimento da equipe, introduz novos processos e tecnologias, proporciona o crescimento da empresa e garante competitividade. Está cada vez mais comprovado que o impacto da liderança no clima organizacional e nos resultados da organização é muito significativo.

Não há como esperar de todos os empregados, liderança inata. Seria muito mais fácil se a escola e as universidades preparassem seus alunos para liderança. Portanto, precisamos desenvolvê-la. A empresa deve ser um espaço educativo e de criação de valores para uma liderança fortalecedora para o negócio e para uma sociedade mais plena.



O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, visando à conquista de padrões de qualidade, realizará um programa de desenvolvimento de liderança, voltado aos gestores.

- **Dispositivos de Avaliação**

Os participantes dos treinamentos são registrados em uma lista de presença e será feito o controle do percentual de empregados capacitados em determinado curso. Estes dados serão computados em uma planilha e permitirão a implantação de instrumentos de avaliação de resultados, como por exemplo, os indicadores. O indicador de treinamento possibilita uma avaliação quantitativa dos dados, como por exemplo, a realização de um indicador que quantifique o número de colaboradores treinados, exemplo: horas/número de funcionário/ano.

A avaliação de reação, será aplicada após o treinamento e com os dados colhidos deste instrumento será possível identificar a satisfação dos participantes em relação ao treinamento, ao instrutor e satisfação geral. Com esses dados é possível avaliar a efetividade do treinamento para readequações, caso necessário.

A avaliação de aprendizagem será realizada através da avaliação de conhecimento, onde será aplicado um pré e pós-teste. Esta ferramenta tem como objetivo identificar se o treinamento acrescentou conhecimento ao grupo. Pelas respostas dos participantes, podemos perceber quais são os assuntos que foram mais bem esclarecidos e quais os assuntos que deixaram dúvidas. Ou seja, funciona como um PDCA (planejamento, execução, controle e ação) para as próximas turmas.

Será realizada a avaliação de eficácia, será realizada através da busca ativa e auditoria dos processos de educação permanente. Esta avaliação permite:

1. Diagnóstico sistêmico e preciso.
2. Fornecer esclarecimentos e sanar dúvidas.
3. Identificar possíveis falhas nos processos.
4. Envolver todos os níveis hierárquicos no compromisso da aplicação e cobrança dos itens abordados no treinamento.
5. Desenvolver um programa que, de fato, instrumentalize o participante sobre como este deve agir (além, é claro, de promover mudanças de paradigmas, aprendizados conceituais etc.). Muitas vezes, o participante não muda após o treinamento porque não sabe como colocar em prática o que aprendeu.

Tudo isto gera maior comprometimento e amparo para que os participantes consolidem os aprendizados e os transformem em prática. É possível gerar um indicador muito significativo sobre o sucesso ou não do programa.

A Comissão de Educação Permanente compila os resultados das ações após o término de cada treinamento e trimestralmente, as enviando para Coordenação de Enfermagem, Médica e

Administrativa e estes divulgam os resultados para as equipes de referência. Serão emitidos relatórios trimestrais de ações de educação permanente, congregando as ações a serem desenvolvidas.

- **Formação de Multiplicadores**

Visa potencializar talentos internos a rede de profissionais atuantes no serviço, apropriação dos conhecimentos e a agilidade de transmissão em todas as equipes. Implica comunicação ágil e excelência, entre formadores e multiplicadores.

Os gestores indicarão os nomes dos multiplicadores, mediante critérios pré-definidos pela comissão de educação permanente e sua solicitação. Os multiplicadores efetivarão as ações em acordo com diretrizes e aprovação da comissão de educação permanente. Os gestores serão responsáveis por promover condições para o alcance das metas dos multiplicadores apresentadas neste plano, contando com o apoio da comissão de educação permanente.

Haverá plantões de dúvidas destinados aos multiplicadores, conforme as necessidades, visando oportunizar compartilhamento de aprendizados e construção de respostas às dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações de multiplicação.

- **Divulgação**

A comunicação das atividades da Educação Permanente será feita pela enfermeira em educação aos gestores. Estes deverão divulgar a programação e organizar a participação dos empregados nas atividades, conforme os critérios estabelecidos pela Educação Permanente. A elaboração de escala para participação em treinamentos é de responsabilidade do gestor.

- **Avaliação de Desempenho**

O gerenciamento do desempenho das pessoas é um aspecto crítico ao funcionamento efetivo de uma organização. Assegurar condições capazes de manter as pessoas comprometidas com o negócio é determinante na efetividade organizacional. Segundo Dutra (2002), entende-se como desempenho o conjunto de entregas e resultados de determinada pessoa para a empresa ou o negócio.

A Instituição entende que a Avaliação de Desempenho é um processo de trabalho, aplicado através de um instrumento gerencial para planejamento e acompanhamento da evolução de resultados desejados e alcançados, com a finalidade de gerir o desenvolvimento organizacional.

O processamento da gestão do desempenho passa pelas etapas de planejamento (definição de objetivos, resultados e metas), acompanhamento (*feedback* a respeito do desempenho observado) e avaliação (formalização do diagnóstico do desempenho individual e de equipe, de maneira periódica). Esta etapa é extremamente importante, pois as informações



geradas são insumos à tomada de decisão como recompensa, reconhecimento, movimentação de pessoal e ações de treinamento e desenvolvimento tanto em relação às competências técnicas quanto comportamentais.

A Instituição preconiza que a periodicidade da avaliação de desempenho seja anual, e que os registros dos resultados sejam documentados de maneira eletrônica e/ou física nos prontuários funcionais. Com relação à abrangência, o mesmo deve ser aplicado a todos os empregados da BHCL com vínculo empregatício no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. A responsabilidade pela aplicação do instrumento no corpo funcional é do respectivo gestor, que deverá ser capacitado para tal.

As estratégias de ação para este processo de trabalho, como a definição das competências empresariais e funcionais que irão compor a ferramenta de avaliação, a definição da arquitetura do instrumento em si, capacitação dos gestores para fornecimento de *feedback*, logística de aplicação e divulgação de resultados, serão construídos pelo Comitê de Desempenho da BHCL.

- **Pesquisa de Clima**

O gerenciamento do Clima Organizacional é um dos grandes desafios atuais. Equalizar as diferentes expectativas dos empregados quanto aos fatores que lhe fornecem felicidade no trabalho é tarefa bastante complexa.

Neste sentido, a criação de dispositivos para captar as emoções das pessoas, compreender e reconhecer as diferenças individuais e necessidades do grupo, bem como estratégias de acolhimento para ouvir os empregados, promoção de diálogos entre líderes e liderados são requisitos fundamentais para o gerenciamento do clima organizacional.

O processo de trabalho Pesquisa de Clima tem como objetivo investigar o nível de satisfação, compreensão, envolvimento, opiniões, percepção, sentimentos dos empregados no que tange à cultura, políticas, normas, procedimentos e costumes existentes e praticados na Instituição, bem como expectativas de progresso, relacionamento pessoal e profissional com pares e superiores.

A Instituição sugere que a periodicidade da Pesquisa de Clima seja anual, e que os registros sejam documentados de maneira eletrônica e física através de relatórios dos resultados. A periodicidade pode ser redefinida a qualquer momento por liberalidade da Instituição.

Com relação à abrangência, o mesmo deve ser aplicado a todos os empregados da BHCL com vínculo empregatício no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. A responsabilidade pela aplicação do instrumento é de Gestão de Pessoas, assessorado ou não por uma Consultoria Externa.

RJ

Cabe à alta administração a decisão das estratégias de ação para este processo de trabalho, como a definição por assessoria de Consultoria Externa, a definição dos fatores que serão avaliados com questões quantitativas e/ou qualitativas, da arquitetura do instrumento em si, método de coleta de dados (questionário físico ou eletrônico), logística de aplicação e divulgação de resultados.

Cabe a Gestão de Pessoas, o suporte técnico para as definições acima e assessoria na construção dos planos de ação, para os resultados provenientes da Pesquisa de Clima

- **Entrevista de Desligamento**

A entrevista de desligamento é um dos dispositivos utilizados no gerenciamento de clima organizacional, que visa levantar informações significativas sobre diversos fatores da organização na percepção do empregado em processo de desligamento. É um momento importante para a empresa receber feedbacks em seus processos de trabalho, modelo de gestão, relacionamentos interpessoais, políticas vigentes e, compreender qual é a imagem que o empregado levará da Instituição.

A participação do empregado na entrevista de desligamento não é obrigatória, mas muito importante. As informações colhidas são sigilosas e a participação de algum membro do corpo gerencial ou diretivo só deve ocorrer se houver alguma revelação ou acusação importante. Não há uma periodicidade definida, já que a execução deste processo de trabalho está atrelada a um desligamento funcional.

O tratamento das informações colhidas deve prover e retroalimentar o sistema organizacional para tomada de decisão. Caso haja necessidade de recomendações em mudança de postura da liderança, a condução deste *feedback*, deve ser realizada pela maior autoridade em Gestão de Pessoas da Instituição, acompanhado ou não de assessoria técnica de sua equipe.

2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DAS AÇÕES

- Realizar uma avaliação inicial do processo de Educação Permanente;
- Identificar os aspectos reais e potenciais, positivos e negativos para subsidiar a construção do processo de Educação Permanente;
- Sensibilizar os gestores do Hospital para a construção integrada do processo de Educação Permanente;
- Definir critérios internos para o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores de treinamento;
- Promover ações de Educação Permanente de forma a criar um ambiente propício para adequação e atendimento aos objetivos e metas pré-estabelecidos;
- Implementar Programas de Educação Permanente conforme os tópicos abordados nas atribuições da Educação Permanente;

- Criar uma comissão de Educação Permanente composta por uma equipe multidisciplinar que serão os responsáveis por fomentar, articular e apoiar a implantação do Processo de Educação Permanente;
- Investir em mídias internas e externas para divulgação da política/comprometimento com a Educação Permanente e dos resultados alcançados;
- Realização de auditorias internas para verificação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos no processo de Educação Permanente;
- Informar em períodos pré-determinados os resultados alcançados com o processo de Educação Permanente;
- Realizar análise crítica da administração visando à melhoria contínua do processo de Educação Permanente.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o planejamento, implantação e manutenção do Processo de Educação Permanente será baseada na ferramenta de gestão de qualidade – **PDCA** (*Plan, Do, Check, Act*).

O PDCA é um método eficaz e confiável de controle das atividades de uma organização que facilita as tomadas de decisões visando o alcance de metas e o planejamento eficaz dos processos.

O PDCA se constitui das seguintes etapas:

PLAN – Estabelecer um planejamento com bases nas diretrizes da política corporativa de sustentabilidade da BHCL, onde devem ser definidos os objetivos, o plano de ação e os meios para viabilização da proposta.

DO – Execução do plano de ação definido na fase anterior.

CHECK – Análise ou verificação dos resultados alcançados e dos dados coletados. Esta fase pode ser realizada durante a execução do plano de ação ou após um determinado período pré-estabelecido. Nesta fase se detectam os erros e falhas do processo.

ACT OU ACTION – Realização de ações corretivas em função das dificuldades e/ou falhas no processo que foram detectadas nos passos anteriores. Nesta fase se investiga as causas das falhas e desvios no processo e se elabora as tomadas de decisões cabíveis à melhoria contínua.

✓ Relatório trimestral da Educação Permanente

Trimestralmente será emitido o relatório das atividades de Educação Permanente com o compilado de todos os dados, ações e resultados alcançados, bem como a apresentação dos indicadores de treinamentos, mostrando transparência e comprometimento com o processo.





✓ **Auditorias internas**

Visando fortalecer e garantir um resultado eficaz no processo de Educação Permanente será criado um sistema de monitoramento. Serão realizadas em períodos pré-estabelecidos auditorias internas de verificação às metas e fluxos pré-estabelecidos de acordo com os critérios.

As auditorias serão de responsabilidade da enfermeira de educação permanente, que a partir dos dados resultantes do monitoramento permanente poderá identificar as ações corretivas e preventivas necessárias ao atendimento e manutenção do sistema.

4.2.2 Atividades de Educação Permanente

As atividades de Educação Permanente serão divididas em 2 momentos:

1. Integração dos novos colaboradores a estrutura e serviços da Unidade ao qual serão lotados, contemplando o seguinte conteúdo programático:

- ✓ Apresentação da Parceria Pública/O.S., Missão, Visão e Valores da Organização Social em consonância com a Secretaria de Saúde;
- ✓ Apresentação do Perfil Assistencial específico da Unidade;
- ✓ Apresentação das Normas Administrativas e Trabalhistas;
- ✓ Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho de Biossegurança, Infecção Hospitalar e outras;
- ✓ Apresentação de Rotinas e Instruções de Trabalho específicas por categoria profissional;
- ✓ Visita de reconhecimento da Unidade.

2. Programa Anual de Treinamentos

De acordo com as necessidades específicas de implantação de rotinas, atualização de procedimentos, manuseio de aparelhos e materiais, implantação de novos equipamentos e materiais médicos hospitalares, temas sugeridos e dados evidenciados pela avaliação de desempenho dos profissionais.

Após a assunção da unidade, será realizado o Levantamento das Necessidades de Treinamento, e as capacitações serão elaboradas frente à essa primeira informação.

O cronograma será apresentado à SMS.

O programa anual de treinamento consiste em treinamentos que deverão ser multiplicados a todos os colaboradores do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho,

RJ



pois irão envolver processos comuns a todos os setores. Estes treinamentos serão de responsabilidade dos setores abaixo:

1. Recursos Humanos – RH;
2. Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT;
3. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP;
4. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH;
5. Tecnologia da Informação;
6. Contabilidade;
7. Comitê de Humanização;
8. Patrimônio

O NEP realizará uma reunião com os setores estratégicos citados acima, onde levantarão os temas institucionais a serem realizados durante o ano. Após o levantamento, será elaborado um cronograma que deverá ser validado pelos gestores das áreas, e enviado ao NEP. O cronograma pode ser evidenciado na planilha Programação Anual de Treinamentos, no item Cronograma de Atividade Anual.

Estes treinamentos institucionais poderão ser realizados online pela plataforma contratada ou presencialmente conforme disponibilidade de espaços na unidade.

Ações de Melhoria

Os treinamentos terão como objetivo fortalecer os processos com fragilidades identificadas dentro da instituição. O processo ocorrerá após a identificação de ações em notificações e/ou sinalizações de falhas nos processos, que destacam a necessidade de realização de treinamento para o fortalecimento do processo.

Capacitação Técnica inicial na função

Este processo de treinamento terá como objetivo capacitar os novos colaboradores conforme sua função técnica dentro da unidade, a capacitação acontecerá em paralelo com o processo do projeto anjo. Conforme interação com o setor de Recursos Humanos, no período dos primeiros quinze dias em que o novo colaborador receberá informações/orientações vinculadas às práticas de suas atividades, com carga horária que contemplará a classificação de treinamento.

4.2.3 Comprovação de Aproveitamento - Avaliações

Metodologia de Avaliação:

A metodologia empregada seguirá o Modelo de Kirkpatrick, dividida em 04 etapas.

É importante acrescentar que as ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento serão evidenciadas por lista de presença. Será realizado o controle do percentual de empregados capacitados em determinado curso. Estes dados serão computados em uma planilha e permitirão a implantação de instrumentos de avaliação de resultados e indicadores. Um dos indicadores será hora/homem/treinamento.

Etapa 1 – Avaliação de reação: aplicada após o treinamento. Com os dados colhidos deste instrumento é possível identificar a satisfação dos participantes em relação ao treinamento, ao instrutor e conteúdo, relação entre teoria e prática, infraestrutura e sugestões abertas.

Etapa 2 - Avaliação de aprendizagem: realizada pela aplicação de uma avaliação de conhecimento, onde será aplicado pré e pós-teste (cada ação tem um modelo específico, conforme conhecimento a ser avaliado). Esta ferramenta tem como objetivo identificar se o treinamento acrescentou conhecimento ao grupo. Após o curso, recebemos o *feedback* dos líderes acerca de mudanças e/ou melhorias promovidos pelas nossas ações. Pelas respostas dos participantes, podemos perceber quais são os assuntos que foram mais bem esclarecidos e quais os assuntos que deixaram dúvidas. Ou seja, funciona como um PDCA (planejamento, execução, controle e ação) para as próximas turmas.

Etapa 3 – Avaliação de Comportamento no Cargo: estará ligada à avaliação de desempenho.

Etapa 4 – Avaliação de Eficácia: é realizada através de uma “auditoria” nas unidades. Deve ser preenchido um checklist, específico de cada treinamento, e observada a aplicação das ações na prática assistencial.

4.2.4 Comprovação de Participação

Para todos os treinamentos realizados será assinada lista de presença.

O treinamento, quando on-line, já identifica o profissional que participou do treinamento, gerando a lista de participantes e nota de aproveitamento.

Figura. Lista de Presença para treinamento presencial



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

4.2.5 Cronograma de Treinamentos

TREINAMENTO	LOCAL	SETOR	PÚBLICO-ALVO	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Integração Admissional	Auditório	Todos	Profissionais recém-admitidos												
Precaução Padrão/Medidas de bloqueio por MR/Surtos	Auditório	SCIH	Todos												
Protocolos Médicos*	Auditório	SCIH/Médicos	Eq. Assistencial												
NR 32 - Manual de biossegurança	Auditório	SESMT	Todos												
Política de Gestão de Pessoas: Comportamento Ético e Relacionamento Interpessoal	Auditório	RH	Todos												
Protocolos de farmácia	in loco	Farmácia	Farmácia/ Enfermagem												

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

Política de Gestão da Qualidade: laboratório de análise crítica/ Gestão e análise de indicadores	Auditório	NQSP	Eq. Assistencial												
Prevenção de infecção da corrente sanguínea/CVC	Auditório	SCIH	Eq. Assistencial												
Política de Gestão de Pessoas: Comunicação assertiva e Foco no usuário	Auditório	RH	Todos												
Formação de Brigada de Incêndio	Auditório	SESMT	Brigadistas												
Política de Gestão da Qualidade: Oficina para atualização do Mapa de Processos (SIPOC)	Auditório	NQSP	Gestores												
Prevenção de infecção de sítio cirúrgico	Auditório	SCIH	Eq. Assistencial												
Política de Segurança do Paciente: Gerenciamento de riscos	Auditório	NQSP	Todos												
Política de Segurança do Paciente: Semana de Segurança	in loco	SCIH	Todos												

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

Higienização das Mãos	in loco	SCIH	Todos												
Capacitações Auditores Internos	Auditório	NQSP	Auditores												
Política de Gestão de Pessoas: Trabalho em Equipe e Foco em Resultado	Auditório	RH	Todos												
Treinamento de produtos químicos/ Higienização e limpeza	in loco	SESMT	Profissionais que manipulam produtos												
PGRSS	Auditório	SCIH	Todos												
Política de Gestão da qualidade: Oficina de Melhorias	Auditório	NQSP	Gestores												
Política de Gestão de Pessoas: Negociação e Tomada de decisão	Auditório	RH	profissionais ação para PDI												
Prevenção de infecção do trato respiratório - Bundle e PAV	in loco	SCIH	Eq. Assistencial												

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

Política de Segurança do Paciente: Metas de Segurança do Paciente	Auditório	NQSP	Todos												
NR 10 - Segurança em instalações e serviços em eletricidade	in loco	SESMT	Manutenção												
Precaução Padrão/Medidas de bloqueio por MR/Surtos	Auditório	SCIH	Todos												
Política de Gestão da Qualidade: Gestão de documentos	Auditório	NQSP	Todos												
Treinamento Prevenção de Acidentes/ EPI- EPC	Auditório	SESMT	Todos												
Política de Gestão de Pessoas: Organização e Planejamento	Auditório	RH	profissionais ação para PDI												
Política de Custos: Metodologia e apuração de custos	Auditório	Contabilidade	Todos												
NR 35 - Trabalho em altura	in loco	SESMT	SHL/ Manutenção												

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

Política de Gestão da qualidade: Oficina de Melhorias	Auditório	NQSP	Todos												
Política de Gestão de Pessoas: Liderança	Auditório	RH	profissionais ação para PDI												
Política de patrimônio: Gestão de Segurança patrimonial	Auditório	Patrimônio	Todos												
Requalificação da Brigada de Incêndio	Auditório	SESMT	Brigadistas												
Prevenção de infecção do trato urinário associado à SVD	in loco	SCIH	Eq. Assistencial												
Política de Gestão de Pessoas: Cultura da Qualidade	Auditório	RH	profissionais ação para PDI												
Absenteísmo e o registro da marcação do ponto	Auditório	DP	Todos												
Prevenção de acidentes com material perfuro cortante	Auditório	SESMT	Eq. Assistencial												

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí

CNPJ 50.351.626/0001-10

Prevenção de infecção da corrente sanguínea/CVC	in loco	SCIH	Eq. Assistencial												
Segurança de máquinas e equipamentos do setor de hotelaria e manutenção	in loco	SESMT	Manutenção/SHL/CME												

RJ



4.2.6 Comissão de Educação Permanente

A Comissão de Educação Permanente tem como objetivo a análise e diagnóstico da necessidade de capacitação dos profissionais da unidade.

O Cronograma de Atividades será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais e por solicitação, com início de suas atividades em até 90 dias da assunção do convênio pela BHCL.

Para a organização desta Comissão propomos o seguinte regimento:

Proposta para Regimento Interno da Comissão De Educação Permanente em Saúde

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão de Educação Permanente em Saúde é deliberada e designada pela Diretoria Administrativa da Unidade, com a finalidade de estruturar e disciplinar as atividades de Educação Permanente em Saúde na unidade.

Art. 2º A formação da Comissão de Educação Permanente em Saúde tem como finalidade prestar assistência teórico e prática, multidisciplinar na área de saúde contribuindo para a qualificação dos profissionais da Unidade.

Art. 3º A Comissão de Educação Permanente em Saúde é uma comissão permanente, devendo atuar como órgão de assessoria e vinculado à Diretoria e Gerência Assistencial, com autonomia para decidir sobre assuntos e traçar metas que, direta ou indiretamente, estiverem relacionadas com as ações de educação permanente em saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão de Educação Permanente em Saúde terá composição multiprofissional, contando com no mínimo quatro (04) componentes: um coordenador, um secretário e demais membros; indicados pela Diretoria Administrativa em conjunto com a Gerência Assistencial e designados por meio de Portaria, sendo constituída no mínimo por:

- Dois representantes das gerências administrativa e assistencial
- Um representante do setor de Recursos Humanos
- Um representante do Serviço de Educação Permanente

Art. 5º Na primeira reunião, os membros deverão designar entre eles um secretário (a).



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Parágrafo único: O coordenador será escolhido pela Diretoria ou Gerência Assistencial

Art. 6º A Comissão de Educação Permanente em Saúde pode convidar membros especializados ou unidades de apoio para atuar como consultores em reuniões sempre que o momento exigir parecer específico ou especializado.

Art. 7º Os membros da Comissão de Educação Permanente em Saúde terão mandato de um ano a contar de sua constituição e posse, podendo ser prorrogado por mais um ano.

§1º Quando necessária a substituição de algum membro, será para o tempo restante do mandato;

§ 2º A ausência de um membro a três reuniões seguidas ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em perda do mandato.

§ 3º A justificativa deve ser enviada para o e-mail do membro designado para a coordenação da Comissão, com 48 horas de antecedência da reunião.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º Compete à Comissão de Educação Permanente em Saúde:

- I. Identificar, anualmente, nos setores/unidades da Unidade as demandas de formação/qualificação e apresentá-las para os membros e lideranças da unidade;
- II. Diagnosticar as necessidades de capacitação e qualificação dos profissionais;
- III. Analisar as sugestões e propostas de ações de capacitação,
- IV. Participar do momento de acolhimento, orientação, instrução e capacitação dos novos colaboradores admitidos na Unidade;
- V. Colaborar com as iniciativas de Educação em Saúde realizadas pelos diversos setores e profissionais;
- VI. Elaborar relatório mensal e consolidado anual das atividades desenvolvidas e enviar para as Gerências e Diretoria;
- VII. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na Unidade;
- VIII. Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela Comissão de Educação Permanente em Saúde

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º O Coordenador da Comissão de Educação Permanente em Saúde terá as seguintes atribuições:

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- I. Representar a Comissão de Educação Permanente em Saúde em reuniões internas ou externas;
- II. Convocar e presidir as reuniões que envolvam os processos da Comissão de Educação Permanente em Saúde;
- III. Escrever documentos informativos da comissão;
- IV. Redigir o Cronograma Anual de Capacitação;
- V. Comunicar a destituição dos membros da Comissão à Diretoria;
- VI. Distribuir as atividades para os membros da Comissão de Educação Permanente em Saúde;

Art. 10 São atribuições do Secretário (a):

- I - Registrar em ata as reuniões mensais da Comissão de Educação Permanente em Saúde;
- II Arquivar as listas de frequência nas capacitações e documentos redigidos pela Comissão de Educação Permanente em Saúde;
- III - Encaminhar anualmente o cronograma de reuniões para a Diretoria Administrativa, Gerência Assistencial e demais lideranças.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES E DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 As reuniões da Comissão de Educação Permanente em Saúde serão realizadas mensalmente, em dia e horário previamente estabelecido e, extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 12 Na convocação para reunião será apresentada a pauta, podendo cada um dos membros propor o conteúdo a ser abordado. Este poderá ser aproveitado para a reunião seguinte.

Art. 13 A Comissão de Educação Permanente em Saúde poderá convidar participantes externos ou incluir a apresentação de trabalhos ou relatos científicos em suas reuniões.

Art. 14 As decisões tomadas nas reuniões da Comissão de Educação Permanente em Saúde somente terão validade se contar com a presença de presença mínima de 50% (cinquenta por cento) dos membros mais 1(um).

Art. 15 A cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença, anexada cópia e encaminhado para a Diretoria Administrativa e Gerência Assistencial.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16 Este Regimento pode ser modificado no todo ou em parte, por proposta aprovada por pelo menos 50% dos membros da comissão, em reunião convocada para esta finalidade.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Art. 17 O Regimento deve ser aprovado pelos componentes da comissão em reunião ordinária.

Art. 18 O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Cronograma Anual de atividades da Comissão de Educação Permanente

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Comissão de Educação Permanente													
Ações	Resp.	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação dos membros	Presid.	X											
Reunião mensal da Comissão	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do LNT	Equipe		X										
Cronograma de treinamentos	Equipe		X	X									
Definição de Indicadores	Equipe		X										
Avaliação Interna	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório mensal	Equipe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.3 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde

A manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento de: móveis, equipamentos, central e rede de gases medicinais, estrutura predial, climatização, instalações hidráulica e elétrica, casa das máquinas (gerador, transformador e bombas) e extintores, assegurando toda a instalação predial em perfeito estado, dentro dos padrões fazendo com que todos os colaboradores desempenhem suas tarefas de maneira segura.

Ou seja, a Manutenção, pode ser definida como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema hospitalar em condições adequadas de funcionamento.

Desta forma, todos colaboradores da unidade estão indiretamente ligados à manutenção.

Grande parte dos equipamentos está sujeita a funcionamento contínuo e indispensável, o que exige a adoção de medidas preventivas contra qualquer falha. E, na sua ocorrência, a aplicação de medidas corretivas de forma assertiva.

Conceitos

✓ Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de evitar a realização da manutenção corretiva. Além disso, também tem por objetivo o aumento da vida útil, desempenho, segurança e consequentemente a redução de custo referente à uma manutenção corretiva imediata. Os programas regulares da manutenção preventiva são:

✓ Inspeção geral, análise da integridade e natureza física;



- ✓ Lubrificação geral;
- ✓ Testes de desempenho e segurança elétrica;
- ✓ Substituição de peças com vida útil vencida.

Tem por finalidade a inspeção periódica dos aparelhos, equipamentos e instalações, e com a execução de serviço planejado e programado a fim de evitar a paralisação imprevista, por necessidade de reparos.

A manutenção preventiva aumenta a vida útil das instalações e equipamentos e a redução dos custos.

✓ **Manutenção Corretiva:**

É destinada a corrigir os defeitos que ocorreram nos equipamentos por seu uso prolongado e constante. Na manutenção corretiva é possível se ter a Manutenção Emergencial, realizada em caráter de urgência, com objetivo de impedir a paralisação de um serviço essencial.

O objetivo do serviço de manutenção é o de estabelecer fluxo adequado e procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da unidade hospitalar, e quando for o caso, encaminhar a terceiros.

Gestão do serviço:

O planejamento e a organização do serviço de manutenção devem contemplar diversos fatores que exigem conhecimento especializado, entre eles: espaço para a instalação do serviço, seleção do equipamento e ferramentas adequados, quadro de pessoal e material de consumo.

Atividades

- ✓ Manutenção preventiva: predial e equipamentos;
- ✓ Manutenção corretiva: predial e equipamentos;
- ✓ Diagnóstico técnico de instalações e equipamentos sujeitos a riscos;
- ✓ Gerenciar suprimentos para execução das atividades;
- ✓ Gerenciar entrada e saída de equipamentos;
- ✓ Manter ficha técnica, manuais e controle das manutenções de cada equipamento;
- ✓ Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares e unidades);
- ✓ Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas, bem como pequenas reformas/adequações;
- ✓ Administrar recursos humanos de seu processo de trabalho.

Resultados

- ✓ Serviços programados e realizados eliminando o risco para a segurança do patrimônio;
- ✓ Identificação dos riscos e perigos;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Orçamentos realizados em tempo hábil, mantendo custos administrativos em níveis aceitáveis.
- ✓ Elaboração, monitoramento e controle de Indicadores de Eficiência e Eficácia;
- ✓ Número de ordens de serviço recebidas e Tempo de execução das ordens de serviços;
- ✓ Total de ordens de serviço concluídas X Total de ordens de serviço pendentes;
- ✓ Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

Quadro com apresentação de alguns indicadores:

Indicador	Fórmula	Eficiência/eficácia
% de serviços solucionados internamente	$\frac{\text{No. De Solicitações de Serviços Solucionadas internamente}}{\text{No. De Solicitações de Serviços recebidos}} \times 100$	Eficiência
Tempo Médio de Indisponibilidade dos Equipamentos Críticos	$\frac{\Sigma \text{ tempos entre parada e retorno dos equipamentos à atividade}}{\text{Nº de equipamentos consertados}}$	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	$\frac{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados}}{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva programados}} \times 100$	Eficácia
% de Cumprimento do Cronograma de Manutenções Preventivas	$\frac{\text{Nº de serviços de manutenção preventiva/calibração realizados}}{\text{Nº calibrações programadas}} \times 100$	Eficácia
Custo Médio de Reparo de Equipamentos	$\frac{\Sigma \text{ gastos com manutenção de equipamentos}}{\text{Nº de equipamentos consertados}}$	Eficiência
Custo Médio de Reparos com estrutura*	$\frac{\Sigma \text{ gastos com manutenção de estrutura}}{\text{Nº de reparos/manutenções realizadas}}$	Eficiência

*Desdobramento da fórmula para hidráulica, elétrica, reformas arquitetônicas e outras

Manutenção de Gerador

Serão realizadas as atividades de manutenção preventiva, corretiva e se necessária, manutenção emergencial no Gerador, de forma a garantir seu perfeito funcionamento para o



Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. O objetivo é prevenir as falhas do equipamento, bem como o aparecimento de defeitos que possam ocasionar sua paralisação, e consequentemente ocasionando transtornos nas unidades e setores do Hospital. Todos os serviços executados e plano de manutenção estará em conformidade com a Norma ISO 8528, que define todos os critérios para os grupos geradores.

A BHCL fornecerá o sistema de segurança e prevenção de incêndio, tais como placas de sinalização, mapa de risco da unidade, PGR (Programa de Gestão de Riscos – substitui o PPRA), bem como providenciando seguro contra incêndio do bem imóvel.

Sistema de Combate a Incêndio e Formação da Brigada

Para que uma edificação seja considerada segura, dar-se-á importância às medidas ou ações de segurança que estão ligadas à ocorrência de um sinistro (incêndio), como também o comportamento da edificação diante do sinistro.

O atendimento aos requisitos de segurança das medidas ou ações serve de base para o estudo sobre o sucesso ou não de uma evacuação, que tem como destaque a questão do tempo.

A formação da Brigada de Incêndio é obrigatória e prevista na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho (NR 23), no Decreto Estadual nº. 38069/93 do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo e é conformidade nas Diretrizes do decreto nº. 46.076, de 31 de agosto de 2001, que Institui o Regulamento de Segurança contra Incêndio das edificações e áreas de risco para os fins da Lei nº. 684, de 30 de setembro de 1975.

Conforme NBR 13714 que configura o seu sistema, o plano de inspeção e a sua periodicidade para a extinção do fogo por intermédio das proteções ativas com o uso de extintores, mangotinho, chuveiros automáticos, detecção, alarme, sinalização e iluminação de emergência.

Esclarecemos que as edificações que não possuem este sistema de proteção passiva e a equipe de brigadistas, pode ter suas atividades suspensas pelo Corpo de Bombeiros.

Sistema de Transporte Vertical - Elevadores e Monta-carga.

Os sistemas de transporte vertical são considerados um meio seguro e eficiente desde que utilizado adequadamente e mantidas as orientações do fabricante. É constituído normalmente por cabine, casa de máquinas caixa do elevador e chamadas nos pavimentos. A sua manutenção compete a firmas especializadas.

Neste sistema é importante que permaneça na casa de máquinas a ficha de atendimento, que retratará todo o histórico do equipamento. Em hospitais o tempo de atendimento deve ser o mais reduzido possível custo/ benefício, e isto se agrava quando o estabelecimento apresenta máquinas obsoletas que acarretam maior número de problemas técnicos.

Sistema de Caldeira e Água Quente:



O sistema de água quente se origina em máquinas de aquecimento como a caldeira a gás. Após o aquecimento da água fria, ela segue por tubulações, registro e válvulas, geralmente de cobre e envelopadas até o ponto de consumo.

O uso do vapor nas Unidades de Saúde pode auxiliar em muito os serviços de apoio, tais como: Lavanderia, Nutrição e Dietética, Lactário, Central de Material Esterilizado, Laboratório e em alguns casos a Farmácia, sem contar com o aquecimento de água para os diversos procedimentos necessários às equipes multidisciplinares da Unidade de Saúde e aos banhos dos pacientes. Esta energia se bem aplicada, alivia de sobremaneira a carga que se atribuiria ao sistema elétrico, reservando para os equipamentos médicos hospitalares. A operacionalização deste serviço deve ser no máximo, 16 h/dia, dependendo da unidade hospitalar.

A manutenção preventiva e corretiva acompanhará os critérios convencionais, fugindo à regra as inspeções anuais em cumprimento da legislação para caldeiras e vasos sob pressão a que trata a Norma Regulamentadora – NR13 da Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho. Esclarecemos que as edificações que não possuem este auto de controle podem ter suas atividades suspensas pela fiscalização do Ministério do trabalho.

Sistema de Ar-Condicionado e Ventilação.

O sistema é formado por máquinas que deveram atender todos os requisitos de conforto e assepsia do estabelecimento hospitalar. Os setores destinados ao condicionamento para fins de conforto, como salas administrativas, quartos de internação e os setores destinados à assepsia e conforto, tais como salas de cirurgias, UTI, etc. Deverão ser atendidos pelos índices de temperatura e umidades especificadas nas normas NBR-7256 e NBR 6401: Instalações Centrais de Ar-Condicionado para conforto.

Nos setores descritos deverão ser adotados os índices da tabela 3 (*Ventilation Requirements for Hospital Areas Affecting Patient Care*) – NBR-7256 e NBR-6401.

No atendimento dos recintos citados acima deverão ser tomados os devidos cuidados, principalmente por envolver trabalhos e tratamentos destinados a análise e erradicação de doenças infecciosas, devendo, portanto, ser observados os sistemas de filtragens, conforme tabela 2 (*Filter Efficiencies for Central Ventilation and Air Conditioning Systems in General Hospitals*) - NBR-7256 e NBR-6401.

Toda a compartimentação do estabelecimento definida pelo estudo arquitetônico, visando atender a segurança da Unidade de Saúde e, principalmente, evitar contato de pacientes com doenças infecciosas, deverá ser respeitada quando da setorização do sistema de ar-condicionado, conforme determinação do *Ministério da Saúde – Portaria 3523 de 28/08/98 e da ANVISA – Resolução RE Nº 176 de 24/10/00*. Estabelecimentos acima de 05TR (15.000 Kcal/h = 60.000 BTU/H) devem implantar PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle).



Sistema de Gases Medicinais

De acordo com a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, o sistema de abastecimento de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido e óxido nitroso) pode ser de três tipos: Cilindros transportáveis. Centrais de reserva: centrais de cilindros e tanques. Usinas Concentradoras de Oxigênio.

Ainda segundo a RDC nº 50, "O primeiro é utilizado no caso de emergências e uso eventual. O abastecimento é descentralizado em cilindros transportáveis até os pontos de utilização. O segundo e terceiro sistemas são centralizados. Neste caso o gás é conduzido por tubulação da central até os pontos de utilização. Os sistemas de baterias de cilindros devem estar conectados a uma válvula reguladora de pressão capaz de manter a vazão máxima do sistema centralizado de forma contínua. Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida."

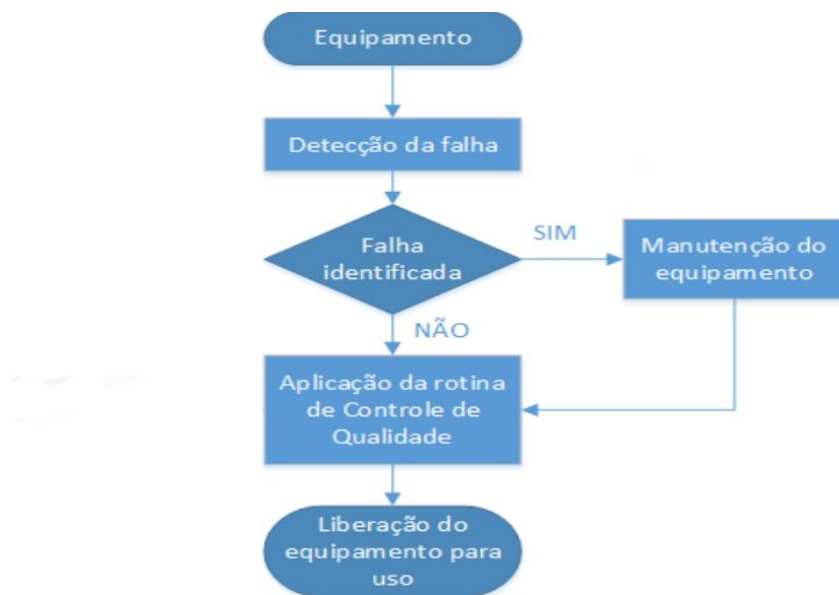
Engenharia Clínica

A Engenharia Clínica terá como atribuições:

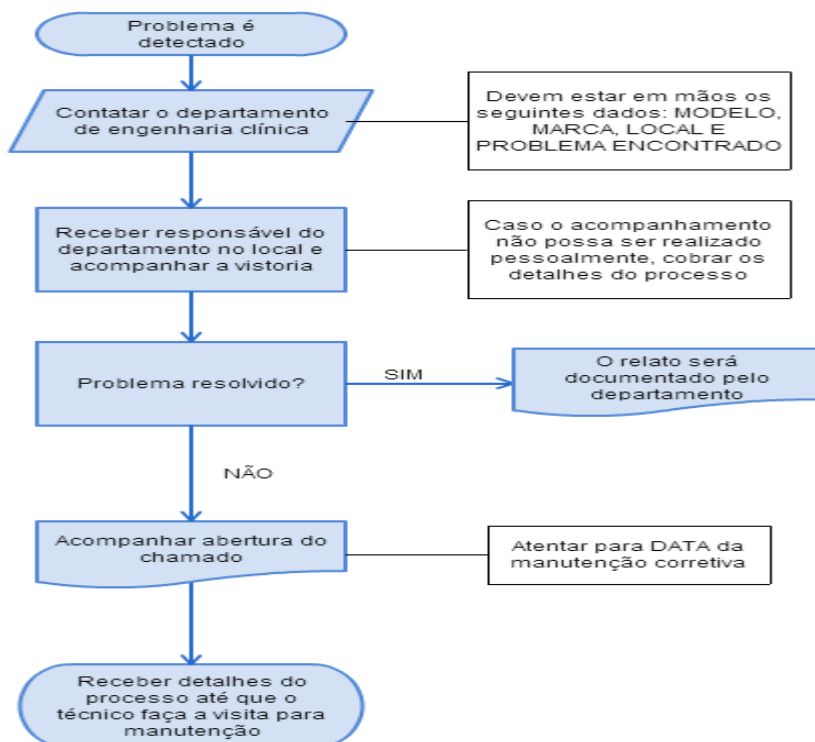
- Responsabilidade Técnica sobre o equipamento médico-hospitalar próprio do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho;
- Elaborar inventário técnico;
- Elaborar programa de manutenção preventiva e corretiva;
- Elaborar programa de calibração sobre parâmetros pré-definidos;
- Realizar diagnósticos para consertos, aferição, validação e liberação para uso;
- Efetuar testes de desempenho elétrico dos equipamentos;
- Indicar prestadores de serviços de manutenção preventiva/corretiva e avaliar seu desempenho;
- Elaborar relatórios com indicadores e controle de quantidade e qualidade de serviços e de custos;
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas;
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares;
- Efetuar a avaliação de obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, dentre outros;

Obs.: Deve ser entregue ao Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho relatório sobre os equipamentos e cronograma de manutenção.

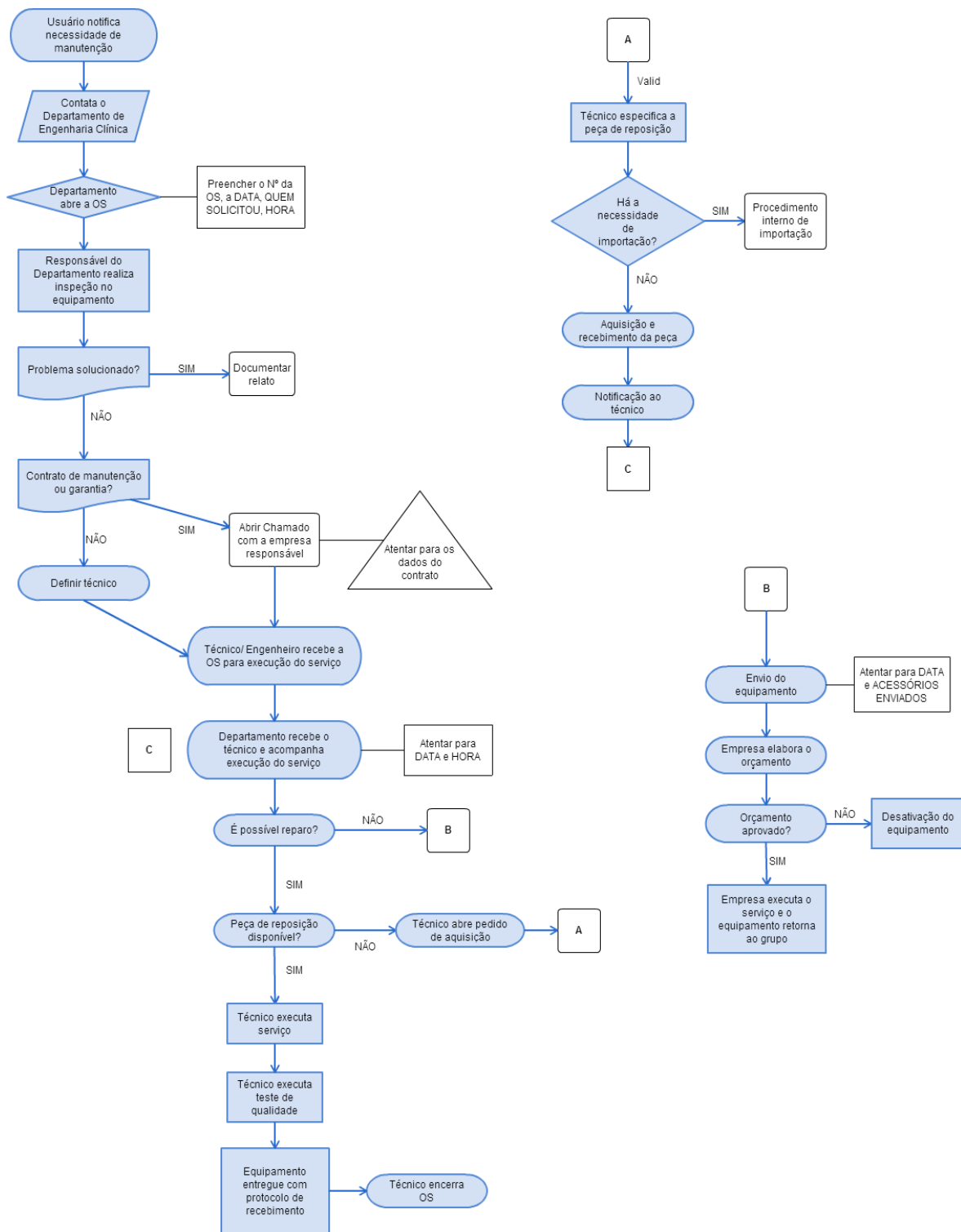
Fluxo. Fluxograma do Procedimento de Detecção de Falhas nos Equipamentos



Fluxo. Fluxograma para abertura de chamado



Fluxo. Fluxograma do processo de reparo necessário





BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatui
CNPJ 50.351.626/0001-10

a) Programa de Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de prevenir a ocorrência da manutenção corretiva. Os programas regulares da manutenção preventiva são: reparos, lubrificação, ajustes, recondiçionamentos de máquinas para toda a planta industrial.

Os programas de Manutenção Preventiva e suas frequências mínimas serão:

Quadro. Programas de manutenção preventiva e frequência mínima

Categoria do Equipamento	Crítérios Gerais	Frequência
Equipamentos alimentados via rede elétrica	A Manutenção Preventiva abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e desempenho. A MP específica deve incluir a verificação de segurança elétrica (requerida por algumas normas).	Anual
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes de capacidade ou tensão da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga / carga para melhorar o desempenho e aumentar a vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias com base em sua vida útil média.	Semestral
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluidos	Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho, limpeza e lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.	Semestral ou Trimestral
Equipamentos de ressuscitação ou manutenção da vida	Por causa da natureza crítica desses equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais frequentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.	Semestral ou Trimestral
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais frequentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a frequência de MP.	Semestral ou Trimestral
Equipamentos de monitoração crítica	Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter consequências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorrem aleatoriamente e a frequência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência.	Anual ou semestral
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança.	Semestral ou quadrimestral

RJ



b) Programa de Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva tem como finalidade corrigir, restaurar, recuperar a capacidade produtiva de um equipamento ou instalação, que tenha cessado ou diminuído sua capacidade de exercer as funções às quais foi projetado.

Apresentamos abaixo, a rotina para a realização dos serviços de manutenção corretiva:

- A solicitação de manutenção é feita através de envio de OS - Ordem de Serviço, preenchida pelo usuário e encaminhada ao responsável pelo NMG, que verifica se o equipamento está dentro do período de garantia de aquisição, garantia de serviço ou se é locado;
- O técnico do NMG faz uma avaliação para identificar a causa da falha, que será registrada em formulário específico;
- Serviços de baixa complexidade e fácil solução como substituição de fusíveis, limpeza, entre outros, são realizados pela equipe do NMG do Hospital (desde que o equipamento não seja locado);
- Em serviços que exigem a presença de técnico de empresa terceirizada no local, este será acompanhado de técnico do NMG;
- Serviços que necessitem de envio ou retirada do equipamento para manutenção em oficina externa, são registrados em formulário específico;
- Após a manutenção do equipamento, seja ela realizada externamente ou internamente, são realizados testes para aferir o perfeito funcionamento do equipamento;
- Quando do retorno do equipamento, a OS é assinada pelo usuário ou responsável pelo departamento requisitante e encerrada.

c) Avaliação das Empresas Contratadas

Os Prestadores de Serviço são avaliados mensalmente através de questionário próprio.

O questionário é preenchido pelo NMG e encaminhada cópia para a Administração do Hospital bem como para a Gerência de Compras e Contratos.

Esta avaliação fornece subsídios técnicos para decisões de permanência ou rescisão do contrato com a empresa prestadora do serviço.

d) Manutenção Predial

d.1) Programa de Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva é planejada a fim de prevenir a ocorrência da manutenção corretiva.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Quadro. Programas de manutenção preventiva e suas frequências serão:

Sistema	Crítérios Gerais	Frequência
ESTRUTURA		
Fundações, Pilares, Vigas e Lajes	Inspeção e verificação de possíveis fissuras, trincas, rachaduras, ferragem aparente, desníveis, carbonatação.	Semestral
COBERTURA		
Vigamento	Inspeção e verificação	Semestral
Telhado	Limpeza	Bimestral
Impermeabilização	Inspeção, limpeza e reparos	Trimestral
Calhas e condutores	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
PAREDES		
Revestimentos	Inspeção, limpeza e reparos	Semestral
Pinturas	Retoques / Pintura	Anual
ESQUADRIAS		
Caixilhos de alumínio	Inspeção e limpeza	Anual
Caixilhos de ferro	Limpeza e/ou pintura	Anual
Caixilhos de madeira	Pintura e/ou reparos	Semestral
Portas e ferragens	Pintura e/ou reparos	Anual
Vidros	Limpeza e/ou substituição	Anual
HIDRÁULICA		
Entrada	Inspeção	Semestral
Reservatórios	Inspeção e limpeza	Semestral
Bombas hidráulicas	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Semestral
Ramais de abastecimento	Inspeção	Semestral
Registros, Torneiras e metais	Inspeção e troca de reparos	Semestral
Válvulas e caixas de descarga	Inspeção e troca de reparos	Semestral

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Ralos e aparelhos sanitários	Inspeção e limpeza	Anual
Aquecedores e acessórios	Inspeção e troca de reparos	Semestral
Caixas coletoras e caixa de gordura	Inspeção e limpeza	Semestral
Outros equipamentos	Inspeção e troca de reparos	Variável
ELÉTRICA		
Subestações	Inspeção e reparos	Semestral
Isoladores e para-raios	Inspeção e reparos	Semestral
Rede de Aterramento	Inspeção e reparos	Semestral
Quadros gerais de força e luz	Inspeção / troca de fusíveis	Bimestral
Fios e cabos	Inspeção e reparos	Trimestral
Tomadas e Interruptores	Inspeção e troca	Semestral
Luminárias e lâmpadas	Inspeção, limpeza e reposição	Mensal
ELETRÔNICA		
Redes telefônicas	Inspeção e reparos	Anual
Sistema de detecção e alarme de incêndio	Inspeção e reparos	Trimestral
Sistema de sonorização	Inspeção e reparos	Anual
Sistemas de antenas coletivas de TV	Inspeção e reparos	Anual
PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIOS		
Extintores de incêndio	Inspeção e troca	Semestral
Hidrantes e sprinkler	Inspeção e reparos	Trimestral
Bombas hidráulicas	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Semestral
Válvula de governo e alarme	Inspeção e reparos	Trimestral
INSTALAÇÕES MECÂNICAS E UTILIDADES		
Elevadores	Inspeção, limpeza, lubrificação e reparos	Mensal
Ar-Condicionado central	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
Sistema de resfriamento de água de condensação	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Condicionador de ar	Inspeção, limpeza e reparos	Mensal
Componentes de distribuição e difusão de ar	Limpeza e troca de filtros	Bimestral
Componentes de sistema hidráulico	Inspeção, limpeza reparos	Trimestral
Elementos de acionamento e transmissão	Inspeção e reparos	Trimestral
Quadros de força e comando	Inspeção e reparos	Semestral
Ventilação mecânica	Inspeção e reparos	Trimestral
Gás Combustível	Inspeção	Mensal
Oxigênio	Inspeção	Mensal
Ar Comprimido	Inspeção	Mensal
Vácuo	Inspeção	Mensal
Vapor	Inspeção	Mensal
Óxido Nitroso	Inspeção	Mensal
PAVIMENTAÇÃO		
Pavimento de concreto	Inspeção e reparos	Anual

d.2) Programa de Manutenção Corretiva

A manutenção corretiva tem como finalidade corrigir, restaurar, recuperar a capacidade produtiva de um equipamento ou instalação, que tenha cessado ou diminuído sua capacidade de exercer as funções às quais foi projetado.

Apresentamos a seguir a rotina para a realização dos serviços de manutenção corretiva:

- A solicitação de manutenção é feita através de envio de OS - Ordem de Serviço, preenchida pelo usuário e encaminhada ao NMG através de e-mail. Em casos urgentes, é feito contato por telefone a fim de agilizar o atendimento;
- O NMG faz a avaliação da engenharia e classifica essa ordem de acordo com a prioridade para atendimento (urgente, alta, média e baixa ou cancelada em casos que não se aplica a manutenção predial). Os pedidos são atendidos em ordem de prioridade e das mais antigas para as mais recentes. Esse pedido, depois de avaliado e classificado, é entregue ao encarregado que encaminha e orienta o profissional competente;
- O encarregado faz contato com o responsável pelo setor / requisitante para programar a execução dos serviços;



- O executante, de posse de ferramental e material, inicia os serviços de acordo com a programação pré-agendada;
- É feito registro no próprio pedido de OS da data e hora de início, data e hora de término, bem como intercorrências e / ou observações quanto ao serviço realizado;
- Após o término dos serviços, o encarregado faz vistoria ao local, dando por finalizado o serviço desde que “a contento” com a tarefa executada;
- O Departamento de Engenharia, aplica periodicamente um questionário de avaliação de qualidade ao responsável pelo setor / requisitante.

As respostas dos questionários são tabuladas, sendo os resultados apresentados sem forma de relatório trimestral.

4.3.1 Núcleo de Manutenção Geral – NMG

O Núcleo de Manutenção Geral – NMG do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ irá contemplar as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica assim como um serviço de gerenciamento de riscos na unidade.

A Manutenção Predial e de Equipamentos será gerenciada pelo Núcleo de Manutenção Geral (NMG).

O NMG será responsável pela Manutenção Predial preventiva e corretiva, estudo de projetos para adequações, e pela Engenharia Clínica incluindo a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares. Além disso, será responsável pelo monitoramento e rastreamento de não conformidades. Na ocorrência destes, deverá ser reportado ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, que tomará as medidas corretivas, e elaboração de plano de ação para implantação de medidas preventivas, eliminando novas ocorrências.

Para a manutenção preventiva, e acompanhamento do cronograma acima, será elaborada planilha de acompanhamento, bem como horas de uso de cada equipamento. Sendo um setor que deve trabalhar em interface com cada unidade do Hospital, os profissionais serão capacitados para reconhecer em cada equipamento a necessidade de manutenção ou de revisão melhorando sua vida útil. Também estarão preparados para reconhecer a necessidade de realização de reparos na estrutura predial.

A conformidade e validação interna dos processos se dará através de normas e recomendações do fabricante ou construtor. Na BHCL a conformidade se dará pelo processo interno de aprovação e validação de POP e Manuais.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Será fornecido a cada setor, cronograma contendo data de manutenção preventiva e calibração de equipamentos, bem como data para realização de inventário.

O NMG é composto conforme, descrição das principais atividades realizadas.

Apresentamos a seguir a rotina para a realização dos serviços de manutenção corretiva:

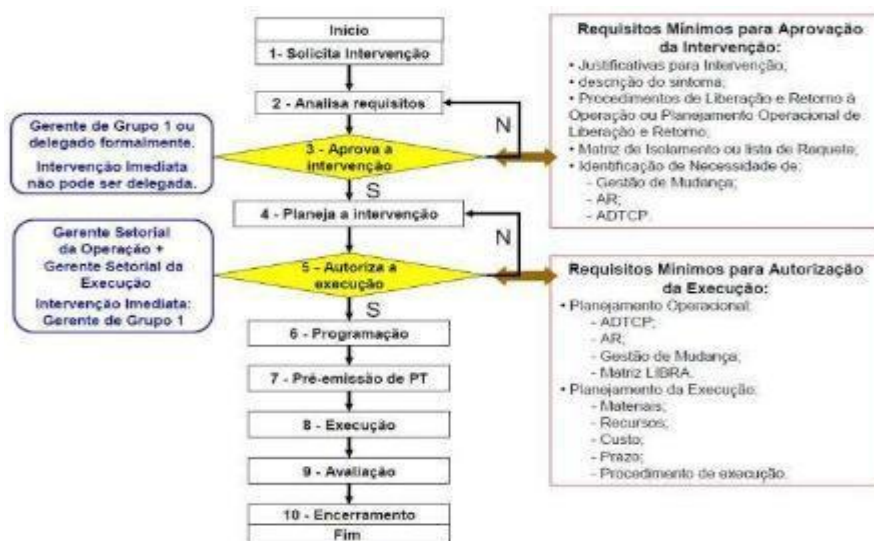
- A solicitação de manutenção é feita pelo envio de OS - Ordem de Serviço, preenchida pelo usuário e encaminhada ao NMG através de e-mail, ou preenchimento da mesma via sistema. Em casos urgentes, pode ser feito contato por telefone, entretanto o profissional da manutenção que irá definir a criticidade da ação a ser executada. O contato prévio por este canal de comunicação não desobriga o preenchimento da OS;
- O NMG faz a avaliação da engenharia e classifica essa ordem de acordo com a prioridade para atendimento: urgente, alta, média e baixa. Os pedidos são atendidos em ordem de prioridade e das mais antigas para as mais recentes. Esse pedido, depois de avaliado e classificado, é entregue ao encarregado que encaminha e orienta o profissional competente para a atividade;
- O encarregado faz contato com o responsável pelo setor / requisitante para programar a execução dos serviços;
- O executante do serviço realiza a atividade de acordo com a programação;
- É feito registro no próprio pedido de OS da data e hora de início, data e hora de término do serviço, bem como de intercorrências e observações sobre o serviço realizado;
- Após o término do serviço, o encarregado faz vistoria ao local, dando por finalizado o serviço. Caso seja observado alguma ocorrência em relação ao serviço executado, o encarregado abre nova OS para finalização da tarefa de forma adequada;

Cabe ressaltar que, a BHCL se compromete com a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, durante o período de sua gestão. Ao assumir o Hospital devem estar todos em pleno funcionamento. Qualquer equipamento quebrado, cabe ao município efetuar sua manutenção.

Fluxograma

O fluxograma define as atividades para a realização de manutenção corretivas e preventivas.

Fluxo. Fluxograma de atividades



4.4 Desenvolvimento da unidade

4.4.1 Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde vigente

A BHCL, considerando a importância e necessidade de celebração de convênio de cooperação técnica com instituição de ensino, para o desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências, buscou o CENTRO UNIVERSITÁRIO NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO – CEUNSP, com quem celebrou acordo de cooperação, nos termos da Lei nº 11.788/08 de 26 de setembro de 2008 e Deliberação CEE 87/2009.

É intenção da OS promover parcerias com a Universidade do Estado possibilitando o acesso do aluno de graduação às dependências do hospital, bem como parcerias com as escolas técnicas existentes na região.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, será discutida junto ao Governo do Estado, uma parceria com a Universidade de Goiás e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional.

O documento comprobatório de celebração de Acordo de Cooperação entre a BHCL e o CEUNSP está apresentado em **Anexo 4**.



4.4.1.1 Projeto de Hospital de Ensino para a Unidade

Descrição do plano de implementação do Hospital de Ensino e proposta técnica de atividades de Ensino e Pesquisa, conforme legislação vigente e legislação do Estado de Goiás.

APRESENTAÇÃO

A Beneficência Hospitalar de Cesário Lange foi fundada em 07 de julho de 1977, em Assembleia designada para esse fim. E a partir de então é responsável pela gestão de hospitais, unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, dentre outros. A BHCL possui equipe capacitada de gestores e administradores e vem atuando em diversos estados, na gestão de unidades de saúde e implementação do Hospital de Ensino.

O processo de certificação dos Hospitais de Ensino - HE - é coordenado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, objetivando certificar hospitais que desenvolvem além das tradicionais atividades de assistência, formação de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento tecnológico para o SUS, proporcionando formação permanente e qualificação para profissionais da Saúde.

O programa de certificação é regido pela Portaria Interministerial Nº 285, de 24 de março de 2015 - Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE), que estabelece os requisitos que um hospital deve preencher para ser considerado HE, a partir de 4 dimensões: atenção à saúde, ensino, ciência e tecnologia e gestão.

Os Hospitais de Ensino (HE) são instituições complexas, de caráter multiprofissional, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico que apresentam complicações de seu estado de saúde, exigindo atendimento ininterrupto em regime de internação, valendo-se de ações que envolvem a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Para tanto, os Hospitais devem firmar convênios com Instituição de Ensino Superior, públicas ou privadas, servindo de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde sob supervisão direta da IES.

A importância dos HE justifica-se, principalmente para o desenvolvimento e qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, são objetos de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população, além de apresentarem questões prioritárias, como por exemplo: integração com os outros serviços da rede SUS, a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema, o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias e propostas de modificações organizacionais que facilitem o desempenho de seu papel no SUS.



Certificar o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ como Hospital Ensino – HE, constitui-se um dos grandes diferenciais para o desenvolvimento do território onde está inserido, pois objetiva a sedimentação e construção do conhecimento do sujeito e adaptação comportamental à futura atividade profissional.

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA (DEP)

A Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) oferece apoio ao ensino e à pesquisa, tem a responsabilidade de gerar e disseminar o conhecimento, proporcionando qualificação acadêmica e científica aos novos profissionais da saúde. A DEP organiza as atividades de ensino e pesquisa, servindo de campo de estágio curricular obrigatório e não obrigatório para acadêmicos das Universidades Públicas e Privadas conveniadas.

Para o desenvolvimento das ações voltadas para o ensino e a pesquisa, o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho contará com uma estrutura, de acordo com o espaço disponível na unidade.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho proporcionará, através das parcerias com Instituições de Ensino Superior – IES o desenvolvimento de estágios supervisionados obrigatórios, aulas práticas e visitas técnicas. Desta forma, oportuniza espaço permanente de discussão para fomentar o aprendizado de acadêmicos e a contínua formação de professores e colaboradores.

POLÍTICA DE ENSINO E PESQUISA

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, por meio da Diretoria de Ensino e Pesquisa, buscará fomentar a ampliação do conhecimento, através da observação e prática das atividades profissionais. Para abrigar os discentes de graduação e pós-graduação, o Hospital apresenta convênios a fim de garantir a organização e as dinâmicas de ensino e pesquisa com a qualidade da assistência prestada.

Enquanto Hospital de Ensino, a Diretoria de Ensino Pesquisa por meio do manual da DEP, objetivará orientar as ações de ensino, bem como, dos professores que integram e participam das atividades práticas curriculares e formações complementares no Hospital. Também norteará as normas gerais relativas à realização de pesquisas e visitas técnicas.

A DEP/ Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho se propõe a sistematizar as ações de ensino/aprendizagem, pesquisa e capacitações, já em curso dentro do Hospital, bem como fomentar a produção técnica de ações que contribuam para o desenvolvimento Institucional do HE, e dos profissionais da assistência provenientes de outras instituições e regiões.



As políticas de ensino e pesquisa da DEP/ Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho são orientadas pelo Manual de Ensino e Pesquisa e pelo Projeto Institucional – DEP e regidas pelas instruções de trabalho específicas.

Diretrizes:

- Oferecer condições apropriadas e adequadas de cenário para o desenvolvimento teórico-prático de alunos de graduação e pós-graduação conforme pactuado nos convênios firmados;
- Promover a Educação permanente e científica, ampliando o capital intelectual, de acordo a Instrução de Trabalho - IT.DEP;
- Promover integração interdisciplinar das atividades de ensino, assistenciais e de apoio à pesquisa e extensão segundo a IT.DEP;
- Apoiar o ensino de Pós-graduação *Lato Sensu* para os profissionais do Hospital concernente o Projeto Institucional da DEP, a fim de potencializar as ações de assistência ou gestão;
- Apoiar o ensino de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, visando à preparação dos profissionais a serem pesquisadores, potencializando a integração da assistência/gestão com a pesquisa, conforme descrito no Projeto Institucional da DEP;
- O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho por possuir uma estrutura hospitalar contemplada por diversos setores e recursos materiais, possibilita às IES e outras Instituições interessadas realizarem a visita técnica, para conhecerem os setores e recursos tecnológicos, sua aplicabilidade e importância;
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas, assim como a implementação de linhas de pesquisas de interesse do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho e SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional, obedecendo as instruções de trabalho a IT.DEP.

ATRIBUIÇÕES DO PROFESSOR/PRECEPTOR

Os professores e/ou preceptores tem as seguintes atribuições:

I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II. Promover a mediação do processo de ensino-aprendizagem, na construção do conhecimento dos residentes, na realização das atividades práticas e teóricas;

III. Promover ou estimular o desenvolvimento de competências, habilidades e valores, em consonância com o PP do programa e com o perfil de competência do residente;

IV. Identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as à coordenação do programa quando se fizer necessário;



V. Realizar devolutiva quanto à atuação do profissional residente no campo de prática, auxiliando nas dificuldades e estimulando suas potencialidades;

VI. Orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes PP em conjunto com o Tutor;

VII. Participar do processo de educação permanente, reuniões e demais atividades educacionais definidas pela coordenação geral do programa;

VIII. Elaborar, com suporte da coordenação do programa e demais preceptores, caso necessário, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IX. Apurar e encaminhar mensalmente ao Coordenador do Programa e à COREME/COREMU o registro de frequência mensal do residente, dentro do prazo determinado;

X. Facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

XI. Participar, junto com os residentes e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

XII. Realizar avaliações dos profissionais residentes, conforme estabelecido pelo PP e Coordenação dos programas de residência;

XIII. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIV. Participar da avaliação/orientação de trabalhos de conclusão de Residência, projetos aplicativos e de intervenção, bem como publicações provenientes do programa de residência;

XV. Promover e conduzir espaços de discussões e reflexões acerca das práticas interprofissionais e colaborativas no campo da saúde;

XVI. Realizar orientação aos profissionais residentes referente às normas do campo de prática;

XVII. Participar do Programa de Qualificação Docente Assistencial, quando solicitado.

Além das atividades descritas acima, acrescentamos:

- Responsabilizarem-se pelo planejamento das atividades do ensino, referentes ao conteúdo programático da disciplina, assim como pela sua aplicação.
- Promover estudos visando melhoria do aprendizado dos residentes e dos programas do ensino.
- Estar presente nos locais de realização das atividades.
- Orientar e supervisionar as atividades de acordo com o programa de residência.
- Controlar a frequência do residente, bem como o cumprimento do horário.



- Promover estudos permanentes para a melhoria da qualidade das atividades propostas e do aprendizado.
- Responsabilizar-se pela aplicação e devolução da ficha de avaliação à DEP.
- Solucionar as questões pertinentes ao estágio com base nas normativas do presente no Manual/DEP e normas gerais do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.
- Responsabilizarem-se pelo controle de confirmação (início e término) da residência junto à DEP.
- Responsabilizar-se pela devolução dos crachás e documentos de identificação institucional.
- Responsabilizarem-se pela orientação e condução dos residentes para realização da avaliação ao término do programa.
- Contribuir para o cumprimento do Manual/DEP junto a sua equipe.
- Participar das reuniões sempre que convocadas pela DEP - Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

CONSIDERAÇÕES

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ enquanto Hospital Ensino visará fortalecer o vínculo entre a teoria e a prática, deliberando espaço para as práticas dos alunos da pós-graduação. Sabe-se que o processo de aprendizagem nem sempre é fácil, desta forma, é importante que o professor e alunos estejam atentos para os possíveis desajustes que possam ocorrer no decorrer do desenvolvimento das atividades.

Assim, os casos omissos no Manual/DEP serão resolvidos pela Diretoria de Ensino e Pesquisa em consonância com a Diretoria Geral do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, galgando sempre a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários e o fortalecimento do ensino e da pesquisa na região.

Propomos ainda, que seja formado o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e para tal, propomos o Regimento apresentado na íntegra, no item 2.1.12.

Ressaltamos que o Regimento descrito é um modelo, e deve ser ajustado conforme realidade e legislação local.

O Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa Científica (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos segundo as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - Res. CNS 196/96, II.4.

4.5 Acolhimento e Atendimento

4.5.1 Acolhimento



4.5.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco

O Acolhimento é uma abordagem que visa reestruturar os serviços de saúde, priorizando a humanização nas práticas da equipe e reconhecendo os usuários como titulares do direito a um atendimento de qualidade. Essa prática representa uma atitude inclusiva e é essencial para o fortalecimento de vínculos. Ao contrário da triagem, o acolhimento é um processo contínuo que se estende além da recepção, devendo ser incorporado em todos os momentos do atendimento.

Observa-se uma transformação na maneira de perceber o usuário, com a equipe de saúde voltando seu olhar para o indivíduo, sua família e a comunidade, em vez de apenas focar na doença, como era feito anteriormente.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, instituída em 2003, busca valorizar usuários, trabalhadores e gestores no contexto da saúde. Ela destaca a importância do sujeito no processo, promovendo sua autonomia e incentivando a responsabilidade compartilhada, além da criação de vínculos solidários e da participação coletiva na gestão.

Nesse sentido, o BHCL acredita que um acolhimento de qualidade contribuirá para fortalecer a relação com os usuários e a comunidade, gerando confiança e credibilidade. Portanto, todos os profissionais que atuam no HEJ devem incorporar uma escuta acolhedora e atenta, permitindo que as verdadeiras necessidades dos usuários sejam identificadas, resultando em um atendimento mais eficaz.

O BHCL defende que os hospitais desenvolvam um projeto de acolhimento que inclua etapas de discussão com as equipes, capacitação, e a definição de rotinas e fluxos. Para garantir a eficácia do acolhimento, é essencial adequar o espaço físico, dimensionar as equipes e alinhar a oferta e demanda de serviços, além de reorganizar os processos de trabalho e promover a interdisciplinaridade.

Nos serviços de urgência e emergência sob a gestão do BHCL, o acolhimento é aliado a protocolos de classificação de risco, o que ajuda a reduzir filas e o tempo de espera. A abordagem busca romper com o sistema tradicional de atendimento por ordem de chegada, promovendo um trabalho em equipe que valorize a integração entre as diferentes profissões. É fundamental estabelecer com o usuário um entendimento claro sobre as respostas possíveis às suas necessidades, de acordo com as capacidades do serviço. Todos os profissionais de saúde do BHCL são responsáveis pelo acolhimento, e as "portas de entrada" devem contar com

profissionais treinados para facilitar o primeiro contato, identificando as demandas e orientando sobre os fluxos internos do sistema de saúde.

ACOLHIMENTO

O Acolhimento Humanizado é uma estratégia essencial nos serviços de saúde, visando organizar o fluxo de pacientes em situações em que a demanda supera a capacidade de atendimento. O objetivo principal é garantir uma resposta adequada às necessidades dos usuários, respeitando o tempo de espera.

Objetivos:

- Facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde;
- Promover a humanização do atendimento;
- Assegurar um atendimento ágil e eficaz;
- Realizar uma escuta atenta dos usuários em busca de assistência;
- Classificar as demandas dos usuários para identificar a necessidade de atendimento imediato ou programado;
- Estruturar os fluxos de atendimento considerando todos os recursos da rede de saúde;
- Servir como um mecanismo de organização e regulação da demanda por serviços de saúde.

O acolhimento busca identificar os problemas de saúde desde o primeiro contato, permitindo um atendimento que priorize a humanização e a satisfação do usuário. O foco é acolher, ouvir e oferecer uma atenção eficaz, segura e ética, integrando as ações de cuidado. A colaboração de toda a equipe de saúde é crucial para que esse processo ocorra de maneira eficaz, sendo uma responsabilidade compartilhada entre todos os profissionais.

É relevante ressaltar que o BHCL orienta que as atividades de acolhimento sejam parte integrante do trabalho cotidiano das equipes de saúde.

Atividades para a Implantação do Acolhimento:

As ações voltadas à implantação de um serviço de acolhimento devem assegurar o desenvolvimento das seguintes iniciativas:

- Criar ambientes mais acolhedores;
- Reestruturar os processos de trabalho;
- Redirecionar ações conforme necessário;
- Sensibilizar a equipe sobre a importância da prática de acolhimento e humanização.



Assim, o propósito desta proposta é estabelecer um Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário, alinhando-se às diretrizes da Política Nacional de Humanização, que valorizam as relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde, com foco no atendimento realizado pela Enfermagem e Serviço Social nas Unidades de Saúde.

O BHCL possui vasta experiência na criação e implementação de protocolos de acolhimento com classificação de risco, oferecendo treinamento contínuo aos seus profissionais para garantir a eficácia dessa estratégia. A equipe de acolhimento é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que realizam o acolhimento e a classificação de risco, utilizando critérios técnicos que permitem mensurar a necessidade real de cada paciente e o tempo de espera adequado, com ênfase na escuta qualificada.

As equipes de acolhimento serão selecionadas com base na legislação vigente e deverão comprovar a especialização necessária para os cargos, além de participar dos processos de integração e capacitação promovidos pelo BHCL, atendendo assim as demandas do edital e às necessidades da clientela.

Além disso, o instituto promove a educação permanente e continuada de seus colaboradores.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento com classificação de risco vai além da simples classificação, englobando um conjunto de ações que visam:

- **Estabelecer um vínculo:** Criar um ambiente acolhedor e humanizado, onde o paciente se sinta valorizado e compreendido.
- **Realizar uma escuta qualificada:** Ouvir atentamente as queixas e demandas do paciente, buscando compreender a sua experiência de adoecimento.
- **Identificar as necessidades:** Avaliar as necessidades do paciente de forma integral, considerando aspectos biopsicossociais.
- **Classificar o risco:** Utilizar a classificação de risco como ferramenta para organizar o atendimento e garantir que os casos mais graves sejam atendidos com prioridade.

Objetivo: Humanizar o atendimento, garantir o acesso integral à saúde e reorganizar os processos de trabalho nas unidades de saúde.

É fundamental estabelecer acordos claros e fluxos de atendimento bem definidos por grau de risco dentro da rede de saúde. Casos não urgentes devem ser encaminhados para consultas programadas com agendamento.



O protocolo de classificação deve facilitar a avaliação do risco e determinar claramente os encaminhamentos necessários. Adotaremos 5 cores para os níveis de classificação de risco, utilizando cores em vez de números (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul).

O acolhimento e a classificação de risco sugeridos pelo Ministério da Saúde seguem essa mesma lógica, priorizando o atendimento conforme a gravidade do paciente.

Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, contudo não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico.

Níveis da Classificação de Risco

Vermelho: Emergência

Pacientes em estado crítico e com risco de vida, requerendo atendimento imediato. Exemplos incluem queimaduras extensas, dificuldades respiratórias graves, dor no peito, convulsões, trauma craniano, tentativas de suicídio, paradas cardiorrespiratórias e hemorragias severas

Laranja: Muito Urgente

Esta categoria é para situações de alta urgência e risco considerável à vida, com tempo de espera de até 10 minutos. Casos típicos incluem arritmias cardíacas sem sinais de instabilidade, dores de cabeça intensas em rápida progressão e dores agudas.

Amarelo: Urgente

Para casos de gravidade moderada que requerem atenção médica, mas não são imediatos. O tempo de espera é de até 60 minutos e abrange desmaios, dor moderada, vômitos severos, crises de ansiedade, hemorragias controladas e alterações nos sinais vitais.

Verde: Pouco Urgente

Casos menos graves, com tempo de espera de até 2 horas. Inclui dores leves, torcicolo, enxaqueca, febre sem complicações, resfriados, náuseas e hemorragias controladas.

Azul: Não Urgente



Representa situações em que o paciente pode aguardar por atendimento ou ser encaminhado para outra unidade. O tempo de espera pode ser de até 4 horas, englobando queixas de dores crônicas, pedidos de medicação com receita e troca de sondas.

Observar e avaliar

Tempo de início da queixa ou evento, definido em:

Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos;

Agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas;

Recente: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias. Em seguida, avaliar nível de consciência/estado mental. As alterações do nível de consciência/estado mental devem ser avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a emergência.

Análise primária

O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

1. Comprometimento das vias aéreas: A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

2. Respiração ineficaz: Quando a paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

3. Circulação:

- Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR.
- Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).
- Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.

Em gestantes e puérperas considerar:

- A hemorragia exsanguinante é aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
- Sangramento intenso é a perda brusca ≥ 150 ml ou mais em 20 minutos (dois absorventes noturnos);



- Sangramento moderado é a perda entre 60 a 150 ml em 20 minutos (um absorvente noturno);
- Sangramento leve é a perda $\geq$ 60 ml em 6 horas (um absorvente normal).

4. Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

Em gestantes, como abordar a paciente?

Você tem dor?

Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?

Sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR) por público-alvo:

Gestantes e Puérperas:

1. Pressão arterial
2. Frequência cardíaca
3. Avaliação da dor

Adultos e Idosos:

1. Pressão arterial: idosos, hipertensos, diabéticos, obesos e nas queixas de cefaleia, vertigem e desmaios;
2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigem ou desmaio;
3. Frequência cardíaca: cardiopatias, queixas de dor torácica, intoxicações exógenas e convulsões
4. Temperatura corporal

Crianças e Adolescentes

1. Frequência cardíaca;
2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigem ou desmaio;



3. Oximetria de pulso;

4. Temperatura corporal

Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção:

Paciente ao chegar à recepção do HEJ solicitando atendimento será acolhido, a recepcionista coletará os dados pessoais e será comunicado à Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Acolhimento e Classificação de Risco:

- **Avaliação inicial:** A enfermeira realiza uma avaliação rápida, considerando:
 - Sinais vitais (PA, FC, FR, temperatura)
 - Nível de consciência
 - Queixas principais e tempo de evolução
 - Histórico de doenças
 - Uso de medicamentos
 - Alergias
- **Classificação de risco (Protocolo de Manchester):**
 - **Vermelho:** Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido imediatamente pelo médico. Ex: parada cardiorrespiratória, hemorragia grave, trauma grave.
 - **Laranja:** Muito urgente, requer atendimento rápido em até 10 minutos. Ex: dor torácica intensa, dispneia grave, confusão mental.
 - **Amarelo:** Urgente, requer avaliação médica dentro de 60 minutos. Ex: dor abdominal intensa, febre alta em crianças, fratura exposta.
 - **Verde:** Pouco urgente, pode aguardar. Ex: dor de cabeça leve, ferimento leve, sintomas gripais.
 - **Azul:** Não urgente, pode ser agendado para outro momento. Ex: solicitação de atestado médico, reposição de receita.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- **Documentação:** A classificação é registrada no prontuário do paciente.

Atendimento Médico:

- **Priorização:** Os médicos atendem os pacientes de acordo com a classificação de risco, iniciando pelos casos mais graves (vermelho).
- **Conduta médica:** Após a consulta, o médico define o diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Reavaliação:

- A classificação de risco pode ser reavaliada a qualquer momento, caso o estado do paciente se altere.

Considerações Específicas:

- **Maternidade:** Priorizar gestantes com risco de parto prematuro, pré-eclâmpsia, hemorragia.
- **Pediatria:** Atender com urgência crianças com dificuldade respiratória, febre alta, convulsões.
- **Saúde mental:** Identificar e priorizar pacientes com risco de suicídio, agitação psicomotora.

Fluxograma de classificação de risco

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO Prioridade 1: Pacientes não responsivos com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deterioração do quadro clínico.

* Tempo para o atendimento médico: Imediato.

I. TRAUMA***1. Grande Trauma**

- Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.
 - Queimaduras graves: > 20 % da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3º grau em adulto; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3º grau.
 - Queimaduras químicas e/ou elétricas.
 - Traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.
 - Amputação com alteração dos sinais vitais.
 - Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa.
 - Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.
- * Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Estado de inconsciência – overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.
2. Estado de crise convulsiva – Crises > 5 minutos (Estado de Mal Epilético).

III. ALTERAÇÃO CÁRDIO - VASCULAR

1. Parada cárdio-respiratória (PCR) – Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de pré-parada.
2. Estados de choque – Condições onde exista um desequilíbrio entre a oferta de O₂ e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.
3. Dor no peito associada à falta de ar e cianose – dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica e/ou perda da consciência.
4. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra S-T.
* Atenção para os pacientes com história anterior de DAC, embolia pulmonar, aneurisma e/ou diabetes.

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Alterações respiratórias graves – Bradispnéia ou taquidispnéia (FR < 10 e > 30), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático – incapacidade para falar, letargia, confusão e saturação < 90%.

V. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS
2. Local de Atendimento: Sala de Emergência
3. AMBULÂNCIA
4. Atendimento Definitivo: Hospital
5. Atribuições
 - Enfermeiro:
 - I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R
 - II. M.O.V
 - III. Acompanhar o paciente
 - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência
 - Médico
 - I. Iniciar S.B.V e S.A.V. em caso de P.C.R
 - II. Estabilização:
 - Vias Aéreas (V.A)
 - Reposição de Volume
 - Drogas
 - Desfibrilação/Cardioversão
 - III. AMBULÂNCIA em caso de transferência.
 - IV. Informar a família em caso de óbito/gravidade.

SITUAÇÃO / QUEIXA**LARANJA – Prioridade 2:**

Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.

* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente ≤ 10 minutos.

I. TRAUMA**1. Trauma Grave***

- TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaléia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.
- Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.
- Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de 3 costelas.
- Possível aspiração ou contusão pulmonar.
- Amputação traumática.
- Óbitos no local do acidente.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).
- Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.
- Empalamentos por corpo estranho.
- Acidente em rodovia.

* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.
2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<6horas), alterações dos sinais vitais e/ou Glasgow <=12 pontos.
3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaléia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.
5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deteriorização do quadro clínico.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10 – após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com alterações visuais; Glaucoma; Perfuração.

IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
4. Crise hipertensiva P.A.S $\geq$ 220 mmHg e P.A.D $\geq$ 130mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaléia severa, dor no peito, parestias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).
5. Hipotensão grave – P.A.S. $<$ 80 mmHg e P.A.D. $<$ 50mmHg.
6. Febre $39^{\circ}/40^{\circ}$ com um ou mais sinais físicos alterados: estado mental, sinais vitais, saturação de oxigênio, calafrios, tremores ou sinais de letargia.
7. Sangramento ativo – grave ou moderado – hematêmese, melena, enterorragia e/ou hemorragias internas ou externas com alteração dos sinais vitais.
8. Epistaxe ativo com ou sem alterações dos sinais vitais.

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia – temperatura $> 40^{\circ}$, associado à falta de ar.
2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação $O_2 < 90\%$ e sinais vitais alterados.
3. Dispnéia FR > 34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
4. Reações alérgicas graves – com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratório.

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A.S $<$ 90 mmHg ou $>$ 180 mmHg, FC $>$ 120 e $<$ 50).

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor severa em região genital – 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.
2. Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais – considere prenhez ectópica.
3. Retenção urinária severa, dor intensa – 8-10/10 e alteração dos sinais vitais.
4. Priapismo com dor severa – 8-10/10.

VIII. DOR

1. Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Abstinência de drogas – Delirium Tremens, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.
2. Psicoses agudas/agitação extrema – Negação violenta das óbvias injúrias com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.

X. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos incoercíveis e/ou diarreia com sinais de desidratação grave.
1. Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa – Proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.
2. Complicações pós-operatórias: grandes eviscerações.
3. Alterações dos sinais vitais em pacientes sintomáticos:
Pulso > 140 ou < 45 bpm
P.A.S < 80 mmHg ou P.A.D >= 130 mmHg.
FR > 34 ou < 10 irpm.
Saturação de Oxigênio < 90%.

XI. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS
2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Emergência
3. AMBULÂNCIA
4. Atendimento Definitivo: Hospital
5. Atribuições
 - I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R
 - II. M.O.V
 - III. Acompanhar o paciente
 - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência
 - I. Iniciar S.B.V e S.A.V em caso de P.C.R
 - II. Estabilização:
 - V.A
 - Reposição de Volume
 - Drogas
 - Desfibrilação/Cardioversão
 - III. AMBULÂNCIA em caso de transferência

SITUAÇÃO / QUEIXA**AMARELOS - Prioridade 3:**

Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte.

* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente ≤ 60 minutos.

I. TRAUMA***1. Trauma moderado**

- Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais.
- TCE Leve – Glasgow 15 pontos, sem perda da consciência.
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor severa – 8-10/10.
- Moderduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.
- Queimaduras leves 1º e 2º grau – $< 5\%$ da superfície corpórea.
- TCE tardio com dor severa – 8-10/10.
- Acidente com material perfuro-cortante – verificar o local de referência.

* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow >13 pontos.
2. Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.
3. História de desmaios recentes.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – paresia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e afasia.
5. Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – Fazer teste de glicemia.
6. Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão >6 horas.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.
2. Corpo estranho no ouvido ou olho no período < 8 horas.

IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem, no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.
2. Crise hipertensiva PAS $\geq$ 220 e PAD $\geq$ 120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, plegias, paresias e/ou parestesias).
3. História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações > 5 episódios no período de 24 hs – aumentar o nível de classificação.
4. Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.
5. Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.
6. Dor em MMII com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Crise asmática – leve/moderada, falta de ar aos esforços, tosse freqüente e sat. de O₂ > 93%.
2. Alteração respiratória leve/modera – dispnéia, estertores creptantes, roncos.
3. Febre 39° /40°.
4. Reações alérgicas sem comprometimento respiratório.

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre.
* Verificar o modificador – Severidade da dor.

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor intensa – 8-10/10 tipo “cólica”, em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – Proporcionar maca para o conforto deste paciente.
2. Disúria - dor intensa – 8-10/10.
3. Vítimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – Proporcionar ambiente calmo e suporte emocional.

VIII. DOR

1. Dor forte 8-10/10 com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.
2. Dor moderada de 4-7/10 de origem central e aguda.
* Verificar o modificador – Severidade da dor.

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Psicose aguda/suicida leve ou moderada.
2. Problemas psiquiátricos sem agitação psicomotora e sinais vitais normais.

X. OUTRAS CONDIÇÕES

1. Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).
2. Vômitos/diarréias persistentes com desidratação – letargia discreta, mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.
3. Transplantados com alteração dos sinais vitais.
4. Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.
5. Imunossuprimidos – Quimioterapia, neoplasias, HIV – com alterações dos sinais vitais.
6. Coloração da pele – descorada ou icterica com alterações dos sinais vitais.
7. Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).
8. Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.
9. Prurido intenso.
10. Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos no período de 7 dias.
11. Alterações dos sinais vitais em paciente assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos:
Pulso >50 ou <= 140 bpm
PAS < 80 mmHg ou PAD > 130mmHg
FR > 34 ou < 10 irpm
Saturação de Oxigênio > 90%.

XI. COMPETÊNCIA.

1. Primeiro Atendimento: UBS
2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Observação
3. AMBULÂNCIA
4. Tratamento Definitivo: Na própria Unidade
5. Atribuições
 - Enfermeiro:
 - I. Orientar aguardar na Recepção
 - II. Reavaliação até o atendimento médico
 - Médico:
 - I. Realizar a consulta
 - II. Reavaliação
 - III. Referenciar: Unidade Hospitalar CASO NECESSÁRIO.

SITUAÇÃO / QUEIXA

VERDE - Prioridade 4: São pessoas com quadros que podem ser resolvidos em outros tipos de serviço de saúde, como dor de garganta, febre, tosse etc.

* Tempo para o atendimento: Desejável $\leq$ 120 minutos.

I. CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:

- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.
- Pacientes escoltados (não presidiário).
- Pacientes com criança amamentando.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.
- Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.
- Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais)
- Paciente na fila de transplante.
- Retorno ao Serviço de Emergência no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho 1, laranja 2 ou amarelo 3.
- Pacientes com distúrbios neurovegetativos.

II. TRAUMA**1. Trauma menor**

- Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho, etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10.
 - TCE com dor leve – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.
 - TCE tardio com dor leve – 1-4/10 e sinais vitais normais.
- * Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

III. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Cefaléia ou Enxaqueca – Dor moderada – 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de Enxaqueca.
2. História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.

IV. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor moderada – 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção.
2. Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve – 1-4/10 e tempo > 24 horas.

V. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.
2. Dor torácica moderada – 4-7/10, eupnéico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais - descartar gravidez.
4. Hipertensão PAS ≥ 180 e < 220 e PAD ≥ 120 e < 130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.
5. Dor nos MMII com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

VI. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Lombalgia ou dor nas costas moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.
2. Portadores de asma, fora da crise.
3. Estado gripal com alteração dos sinais vitais, febre(<39°), tosse, garganta inflamada, congestão nasal, dor moderada – 4-7/10 e história recorrente no serviço de urgência; se a Sat. de O₂ <=92%, eleve a cor de classificação.

VII. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica ou aguda moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.

VIII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar tipo cólica moderada/leve – 1-7/10 de origem aguda ou recorrente.
2. História de disúria aguda ou recorrente, dor modera – 4-7/10.

RJ

IX. DOR

1. Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo-esquelético.
2. Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda.

X. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Estados depressivos, idealização suicida, calmo e com necessidade de acompanhante.

XI. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos e diarreias persistentes, sinais de desidratação leves/moderados ou ausentes.
2. Abscesso sem flutuação e dor aguda/modera – 4-7/10.
3. Prurido moderado/leve ou crônico (porém ativo).
4. Ferida infectada e sinais vitais normais.
5. Complicações pós-operatória leve/modera (PO até 30 dias), sem alteração dos sinais vitais – encaminhar o paciente para o serviço de origem.

XII. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS
2. Local de Atendimento: Preferencialmente no Consultório Médico
3. Ambulância ou Meios-Próprios
4. Tratamento Definitivo: UBS
5. Atribuições
 - Enfermeiro
 - I. Acolher/ Avaliar
 - II. Orientar quanto ao tempo de espera
 - III. Reavaliar se necessário
 - Médico
 - I. Realizar a consulta
 - II. Reavaliar
 - III. Referenciar: Unidade Hospitalar/especialidades médicas CIS.



- ❖ Observar necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho).
- ❖ Pacientes com ferimentos abertos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

SITUAÇÃO / QUEIXA

AZUL - Prioridade 5: Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos com sinais vitais normais.

* Tempo para o atendimento médico: Desejável ≤ 240 minutos. O enfermeiro avaliará o risco e terá a seguinte conduta:

I. TRAUMA

1. Trauma *

- Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos.
- Pequenas lesões na pele – alergias, de origem crônica – o paciente deve agendar uma consulta na UBS.
- Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais – o paciente deve agendar uma consulta na UBS.
- * Caso ocorra à necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho), realizar o atendimento, caso contrário o paciente deve agendar uma consulta na UBS.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Tontura crônica e sinais vitais sem alterações.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor de ouvido, olho, nariz, garganta de origem crônica e dor leve – 1-4/10.

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal $< 37,5^{\circ}$, nem história de febre.
2. Dor crônica nas costas.

V. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.

VI. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar crônica leve – 1- 4/10 e sinais vitais normais.
2. História de disúria recorrente, dor leve – 1-4/10.

VII. DOR

1. Dor leve 1-4/10 de origem de central e crônica ou periférica e crônica.
2. Dor moderada 4-7/10 de origem periférica e crônica.

VIII. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.

IX. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Histórias de febre, dor no corpo e mal estar – no momento da consulta assintomático.
2. História de fraqueza sem sinais de desidratação.
3. Vômitos isolados e Diarreias isoladas.
4. Prurido leve e crônico – encaminhar para consulta agendada na UBS.
5. Apenas imunização.
 - Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve agendar uma consulta na UBS.
6. Queixas crônicas sem alterações agudas.
7. Atestado.

O USO DE PULSEIRAS PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Para garantir a eficiência do método implantado, alinharmos ao protocolo de acolhimento o uso de pulseiras de identificação. A adoção deste protocolo organiza o atendimento e pode adiar ou evitar caos no atendimento nos casos de superlotação.

O paciente ao chegar no Pronto Socorro e passar pelo acolhimento para a avaliação e classificação, recebe uma pulseira de identificação com uma cor, conforme a gravidade.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA**Atendimento Prioritário**

Atender com prioridade não é apenas uma questão de cumprir a legislação, mas também de respeito e dignidade. A percepção visual de uma pessoa em cadeira de rodas é diferente daquelas que estão em pé na fila. Para indivíduos que usam muletas, bengalas, andadores, idosos (60 anos ou mais), gestantes ou cuidadores de crianças, ficar em pé por muito tempo pode ser extremamente cansativo. Assim, é essencial que recebam atendimento o mais rápido possível. O espaço físico deve ser adaptado conforme normas de acessibilidade, garantindo que todas as pessoas com deficiência possam ser atendidas adequadamente. A BHCL reconhece a importância de investir em capacitação para os profissionais, visando um atendimento qualificado.

Orientação e Treinamento da Equipe

É crucial conscientizar todos os profissionais para que se tornem promotores de acessibilidade, otimizando a prestação de serviços. Não existe um perfil único para pessoas com deficiência, pois elas representam uma diversidade. Perguntas indiscretas, como "O que aconteceu?" ou comentários como "Deve ser difícil não poder andar!" devem ser evitados. Ofereça liberdade de



escolha perguntando como cada pessoa deseja ser atendida e dirija-se diretamente a ela, não a seus acompanhantes. Ajude somente quando necessário, oferecendo ajuda e aguardando a aceitação.

Usuários com Baixa Visão

Sorria através de gestos. Sempre cumprimente com um aperto de mão, que substituirá o sorriso. Permita que a pessoa se segure em seu braço, preferencialmente no cotovelo, para que possa acompanhar seus movimentos. Evite puxá-la sem permissão e descreva o percurso. Leia em voz alta todos os documentos e orientações. Não toque no cão guia, que tem a responsabilidade de guiar seu dono.

Usuários com Deficiência Física ou Mobilidade Reduzida

A cadeira de rodas é uma extensão do corpo, então evite apoiar-se nela. Respeite o ritmo de cada um e acompanhe o passo da pessoa.

Usuários com Surdez ou Deficiência Auditiva

Desperte a atenção da pessoa antes de falar, posicionando-se à sua frente. Fale em tom normal e bem articulado, evitando exageros. Mantenha-se em locais iluminados e use expressões faciais e gestos para transmitir emoções. Comunique-se sempre diretamente com a pessoa, mesmo que ela tenha um acompanhante.

Usuários Idosos

Trate os idosos com respeito, evitando tratá-los como crianças. Antecipe-se às suas necessidades, evitando que esperem muito para serem atendidos.

Usuários com Paralisia Cerebral

Não subestime suas capacidades. Converse normalmente e, se houver dificuldade na fala, peça que repitam gentilmente.

Atendimento a Pacientes Vulneráveis

Objetivo

Garantir a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis, conforme a Lei Federal nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.

Definições

Pacientes vulneráveis incluem:

- Risco de suicídio
- Deficiência
- Privados de liberdade
- Câncer



- Transtornos mentais
- Uso de drogas
- Imigrantes
- Vítimas de abuso
- Imunodeprimidos
- Em isolamento

Atendimento na Emergência

Pacientes vulneráveis devem ser atendidos com prioridade na emergência, exceto em casos de gravidade clínica superior. Um acompanhante deve ser permitido durante a internação, de pacientes internados devem ter prioridade para receber leitos. Em atendimentos ambulatoriais, pacientes vulneráveis também têm prioridade.

Paciente Interno

Pacientes em terminalidade devem receber um tratamento diferenciado, incluindo acompanhamento familiar e flexibilização das visitas, para uma assistência mais humanizada.

Comunicação com Usuários e Familiares

A comunicação em saúde é essencial para a promoção e educação em saúde. Deve ser clara, respeitando as necessidades e dificuldades de cada paciente. A BHCL busca melhorar essa comunicação por meio de materiais informativos que abordem os direitos dos cidadãos e recursos comunitários.

Processo de Atendimento

Os usuários serão cadastrados na recepção e atendidos de maneira objetiva, solicitando documentos e informações de contato. Em casos de urgência, o paciente pode ser registrado como "desconhecido" até que sua identidade seja confirmada.

Horário de Funcionamento

O serviço está disponível 24 horas, todos os dias, com uma equipe composta por enfermeiros, técnicos e médicos

Atendimento na Emergência

O atendimento em emergências requer medidas rápidas e eficazes. Os familiares também precisam de atenção e suporte. Em situações críticas, a equipe de psicologia pode ser acionada para oferecer suporte psicossocial. A BHCL reconhece a importância de tratar cada família como parte do processo de cuidados.

Direitos e Deveres dos Pacientes

Direitos incluem:



- Atendimento respeitoso e sem discriminação.
- Identificação pelo nome e não por códigos.
- Informações claras sobre diagnósticos e tratamentos.
- Privacidade e segurança em todo o atendimento.

Deveres dos pacientes:

1. Fornecer informações precisas sobre sua saúde.
2. Usar apenas medicações prescritas.
3. Fazer perguntas quando não compreender orientações.
4. Informar sobre qualquer alteração em sua condição.
5. Responsabilizar-se pela recusa de tratamentos recomendados.
6. Apresentar documentos e resultados de exames quando solicitado.
7. Colaborar com o ambiente, respeitando regras institucionais.

4.5.1.2 Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

Visita Aberta e Direito a Acompanhante

A BHCL segue as propostas da Política Nacional de Humanização e amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, familiares e rede de apoio.

A Política Nacional de Humanização se configura como uma abordagem que prioriza todos os indivíduos envolvidos na saúde, operando com diversas diretrizes para promover a humanização nos cuidados e na gestão. Entre essas diretrizes, destaca-se a visita aberta e o direito ao acompanhante, com a Santa Casa comprometendo-se a implementar essa prática.

A visita aberta facilita o acesso de visitantes às unidades de internação, promovendo o vínculo entre o paciente hospitalizado, sua família, amigos e a rede de serviços de saúde. O acompanhante representa a rede social do paciente e oferece suporte durante o tratamento. A presença de um acompanhante ajuda a aumentar a confiança e proporciona um bem-estar ao paciente, diminuindo a sensação de isolamento e permitindo que a equipe de saúde obtenha informações valiosas para um diagnóstico e tratamento mais eficazes.

Do Direito à Acompanhante



Conforme a carta dos direitos dos usuários em saúde, crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito ao acompanhamento durante toda a internação. A Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 garante à mulher o direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e pós-parto, recomendando ainda que a maternidade ofereça um ambiente acolhedor para receber acompanhantes.

Da Implantação

- Sensibilização: Realizar atividades de conscientização com todos os setores do hospital.
- Construção Coletiva: Elaborar em conjunto os passos para a implementação, envolvendo a equipe da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, entre outros.
- Adequação de Espaços: Criar áreas apropriadas para a permanência de visitantes e acompanhantes, como áreas externas e varandas.
- Informação à Comunidade: Manter um canal de discussão contínuo sobre a visita aberta (ex: rodas de conversa no hospital).

Observações

Os acompanhantes devem ser maiores de 18 anos, com condições físicas e emocionais estáveis, e não podem ser gestantes. Para crianças até 12 anos ou adolescentes entre 12 e 18, a presença de um acompanhante é permitida, desde que seja um dos pais ou responsável, conforme os Arts. 2 e 12 do ECA.

Visitas Religiosas

As visitas religiosas devem ocorrer dentro dos horários de visita estabelecidos e se restringir ao paciente que solicitar.

No Pronto-Socorro

- Utilize álcool em gel ou lave as mãos ao chegar e sair da unidade.
- Evite tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies.
- Cubra a boca e o nariz com lenços ao tossir ou espirrar.
- Certifique-se de que os profissionais higienizam as mãos.

Durante a Internação

- O acompanhante deve ter 18 anos ou mais e necessitará de uma "autorização de acompanhante", após avaliação da equipe de enfermagem.
- Por razões de segurança, a presença de acompanhantes gestantes deve ser evitada.
- O acompanhante deve permanecer próximo ao paciente e não é permitido acessar outras enfermarias.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Apenas acompanhantes do mesmo sexo do paciente serão autorizados, respeitando a individualidade do internauta.
- Trocas de acompanhante fora dos horários estipulados precisam de autorização do enfermeiro supervisor.
- Em situações específicas, acompanhantes podem ser solicitados a aguardar em áreas designadas durante procedimentos.
- É obrigatória a devolução do crachá na recepção; em caso de perda, deve ser apresentado um boletim de ocorrência.
- Esteja atento aos pertences no guarda-volumes, que serão descartados após 30 dias se não retirados.
- Se estiver doente, evite acompanhar ou visitar, já que infecções comuns podem ter complicações.
- Não coloque objetos pessoais sobre a cama do paciente.
- Não visite outros quartos, especialmente os que estão em isolamento.
- Não leve flores ou plantas, pois podem trazer insetos e bactérias.
- Evite trazer alimentos; consulte a equipe sobre necessidades especiais.
- O paciente deve receber a medicação conforme prescrição; não administre medicamentos sem autorização.
- Traga itens de higiene pessoal, como sabonete e escova de dentes.
- Questione sempre que tiver dúvidas sobre diagnósticos e tratamentos.
- O uso de celulares deve ser evitado em áreas sensíveis do hospital.
- Em função de normas sociais e culturais, evite roupas inadequadas em ambiente hospitalar (roupas muito curtas, mini blusas, transparências, decotes pronunciados, shorts e outros) em ambiente hospitalar .
- Mantenha sempre o silêncio, pois isso é essencial para a recuperação dos pacientes.

Das Proibições

- Fumar nas dependências do hospital (Lei nº 8811, 02/06/2009).
- Produzir barulho excessivo.
- Manipular materiais e equipamentos médicos.
- Trazer alimentos e bebidas, salvo exceções autorizadas.
- Sentar ou deitar na cama do paciente ou no chão.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Trazer itens pessoais como travesseiros ou cobertores.
- Entrar com eletrônicos não autorizados.
- Ministrando medicamentos ou realizar procedimentos sem autorização.
- Deixar televisores ligados após as 22h.
- Circular em áreas não autorizadas.
- Fotografar ou filmar, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados.

A autorização para a permanência de acompanhantes pode ser revogada caso as normas sejam descumpridas.

O que é Permitido?

- Trazer para o hospital para uso exclusivo do acompanhante 1 (uma) toalha, 1 (um) cobertor, roupas e objetos pessoais para a diária;
- Auxílio nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (banho, mudança de posição, etc);
- Utilizar o telefone celular no hall/espço de convivência dos elevadores;

Dos Horários

INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES	
Boletim Médico	Informações médicas sobre o quadro do paciente
8 às 9 hs / 20 às 21 horas	16 às 17 horas

HORÁRIO DE TROCA DE ACOMPANHANTE	
Manhã	Noite
07:30 às 09:00h	19:30 às 21:00h

*Somente pela portaria principal.

HORÁRIO DE VISITAS		
Setores	Instruções	Horário
UTI Adulto	São permitidas 2 visitantes por horário e 1	13:00h as 14:00h 19:30h às

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

	visitante por vez com limite de duas trocas	20:30h
UCIN	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	09:30h às 10:30h 13:00h às 14:00h 19:30h às 20:30h
Enfermaria Adulto Clínico	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	14:30h às 15:30h
Enfermaria Obstétrica	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	13:30h às 14:30h
Enfermaria Pediátrica	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	13:30h às 14:30h
Enfermaria Saúde Mental	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	14:30h às 15:30h
Enfermaria Cirúrgica	São permitidas 2 visitantes por horário e 1 visitante por vez com limite de duas trocas	16:00h às 17:00h
Visita Religiosa	Conforme estabelecido na Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, deverão ser agendadas conforme critérios da instituição vide orientações	11:00h às 11:30h
Visita Técnica	As visitas de estudantes/profissionais, deverão ser solicitadas formalmente à Gerência de Ensino e Pesquisa	Agendado previamente via email institucional ou nossa página na internet

Tipo de Refeição	Horário	Local
Refeições do Acompanhante		
Café da manhã	7h30 às 9h	Unidades de Internação
Almoço	11h30 às 13h	Unidades de Internação
Jantar	18h às 19h	Unidades de Internação

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Refeições das Acompanhantes Lactantes		
Café da manhã	7h30 às 9h	Unidades de Internação
Almoço	11h30 às 13h	Unidades de Internação
Lanche	15h às 16h	Unidades de Internação
Jantar	18h às 19h	Unidades de Internação
Ceia	20h às 21h	Unidades de Internação

Figura. Capa do Manual Orientações ao Paciente

Fonte: BHCL, 2022

4.5.2 Atendimento

4.5.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente

Diretrizes sobre Acomodações e Condutas para Acompanhantes

O direito a um acompanhante é assegurado pelas portarias nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, e nº 74, de 4 de maio de 1994, que afirmam que "o paciente pode ter um acompanhante, caso deseje, tanto nas consultas quanto nas internações". A portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, também reforça esse direito, permitindo que o paciente escolha quem o acompanha em consultas, exames e internações, especialmente quando sua autonomia estiver limitada.

A presença de acompanhantes, visitantes e familiares é crucial, pois pode alterar as dinâmicas de poder nas instituições de saúde, promovendo um maior envolvimento dos usuários. Essa inclusão muda a abordagem profissional, enfatizando a interação com a realidade do paciente.

Tradicionalmente, a saúde tem sido marcada por práticas autoritárias, com regras rígidas em relação a acompanhantes e visitas que raramente são contestadas. Entretanto, o reconhecimento do direito a acompanhantes e visitas abertas introduz uma nova perspectiva no SUS. A participação da família e representantes no cuidado ressignifica o ambiente hospitalar, ampliando seu papel na comunidade e promovendo mudanças na organização do trabalho e na produção de saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização.

Nesse contexto, o BHCL implementará materiais que normatizam as condutas relacionadas aos acompanhantes, sempre com ênfase no acolhimento e na humanização.

Introdução

RJ



Este projeto tem como objetivo trabalhar junto aos acompanhantes dos pacientes nas unidades, destacando a importância de sua participação nos processos de saúde e tratamento. A discussão abrange a realidade hospitalar, regras e rotinas. Acolher significa "dar acolhida, admitir, aceitar, ouvir, agasalhar, receber e atender" (FERREIRA, 1975).

O Serviço Social desempenha um papel essencial na articulação entre a família, a equipe e a instituição, com a meta de informar e compartilhar as regras institucionais, garantindo os direitos e deveres dos acompanhantes, que muitas vezes chegam sem informações adequadas.

Objetivos

Objetivo Geral:

Promover a humanização e o acolhimento dos acompanhantes de pacientes nas unidades.

Objetivos Específicos:

- Integrar todos os setores (enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas) na assistência aos pacientes e acompanhantes.
- Criar um espaço para perguntas e orientações.
- Facilitar a interação sobre questões levantadas pelos acompanhantes.
- Esclarecer os direitos e deveres dos acompanhantes na unidade.
- Melhorar a comunicação entre acompanhantes e equipe multidisciplinar, visando o conforto do paciente.
- Fortalecer o tratamento, incentivando a participação ativa da família.
- Socializar informações para aumentar o comprometimento dos acompanhantes e sua conscientização sobre a importância de cuidar de si para ajudar o paciente durante a internação.
- Discutir o papel do acompanhante.

Metodologia

O trabalho será conduzido por meio de reuniões com grupos de acompanhantes, com a participação da equipe multidisciplinar (assistente social, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas). As dinâmicas serão elaboradas a partir de sugestões da equipe e dos acompanhantes, focando na educação sobre normas e rotinas da unidade.

As reuniões começarão com a distribuição de guias e materiais informativos. Durante os encontros, serão formados grupos de discussão para abordar temas como infecção hospitalar e os direitos e deveres dos acompanhantes. Todas as solicitações serão debatidas e, sempre que possível, resolvidas pela equipe responsável.



Serão utilizados recursos audiovisuais, dinâmicas de grupo e exercícios de relaxamento para ajudar a lidar com as dificuldades que a internação pode causar, pois acreditamos que quem cuida também precisa de cuidados.

As avaliações do projeto serão realizadas por meio de observações, visitas às enfermarias e reuniões entre as equipes, buscando soluções para as demandas em prol de um atendimento multidisciplinar de qualidade.

Metas a Serem Alcançadas

- Aumentar o número de acompanhantes informados sobre seus direitos e deveres.
- Reduzir as queixas no Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).
- Diminuir a incidência de infecções por transmissão cruzada.
- Minimizar conflitos entre familiares e a equipe.

Além disso, a prática educativa contribuirá para a reflexão e compreensão do papel do acompanhante, promovendo melhorias no atendimento e na interação com a equipe de saúde.

Recursos Humanos

- Assistentes sociais
- Enfermeiros
- Nutricionistas

Período de Execução

Durante a vigência do contrato.

Recursos Materiais

Papel, impressos, impressoras, materiais de divulgação (folders, cartazes).

Informações Gerais

- Todos os pacientes têm direito a um acompanhante, especialmente aqueles com mais de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência ou dificuldades de locomoção.
- O acompanhante deve ter 18 anos ou mais.
- Pacientes com mais de 60 anos, gestantes e pessoas com deficiência em condições de saúde desfavoráveis não poderão ser acompanhantes.
- Apenas acompanhantes do mesmo sexo são permitidos nas enfermarias, salvo exceções autorizadas pela Gerência de Enfermagem.
- Trocas de acompanhantes devem ser informadas e avaliadas pelo enfermeiro supervisor.
- O acompanhante terá direito a uma cadeira, que não pode ser ocupada pelo paciente, exceto em situações específicas.
- Durante os procedimentos, a equipe de enfermagem pode solicitar que acompanhantes e visitantes aguardem em áreas designadas.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Não será permitida a entrada de acompanhantes ou visitantes sob efeito de drogas lícitas ou ilícitas.
- É proibido entrar com bolsas, malas ou sacolas, que devem ser guardadas em local apropriado.
- Apenas objetos de valor e pessoais podem permanecer com o paciente, acompanhante ou visitante.
- O não cumprimento das normas resultará no cancelamento da autorização de permanência do acompanhante ou visitante.

OBRIGAÇÕES DOS ACOMPANHANTES

- Usar a identificação fornecida pela recepção, sempre em local visível.
- Devolver a etiqueta de identificação na recepção ao sair da unidade, seja temporariamente ou definitivamente, além de em casos de alta, transferência ou falecimento do paciente, ou quando o direito à acompanhante for suspenso.
- Higienizar as mãos antes e depois de qualquer contato com o paciente.
- Não manusear os dispositivos ou equipamentos do paciente.

PERMISSÕES

- Trazer para a unidade, para uso exclusivo do acompanhante, uma toalha, um cobertor e roupas ou objetos pessoais para o período de observação.
- Auxiliar nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (como banho, troca de posição, etc.).
- Usar o telefone celular nas áreas comuns, como hall, espaço de convivência ou recepção.
- Assistir televisão nas áreas de convivência ou recepção.
- Não oferecer alimentos sem a autorização do médico ou enfermeiro responsável.
- Utilizar máscaras de proteção respiratória quando solicitado pelos profissionais (caso o paciente não tenha, será fornecida uma).
- Usar os equipamentos de proteção indicados, quando necessário.

4.5.2.2 Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada à SES, com pesquisa de satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelas unidades e humaniza o atendimento. Constitui-se em um canal de

RJ



comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição.

Diante do exposto, a BHCL propõe estabelecer canal de comunicação com os usuários do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ através do Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário.

O objetivo mediante as estratégias propostas é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

O serviço possuirá sala exclusiva para atendimento do usuário. Caso não seja possível no momento da procura do serviço, será garantido o atendimento individual e com privacidade. A responsabilidade deste processo será do Assistente Social, cujas atribuições estão descritas a seguir:

- ✓ Organizar o Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU e a Pesquisa de satisfação do Usuário;
- ✓ Ouvir as manifestações espontâneas dirigidas ao SAU que não sejam direcionadas aos setores ou que necessita de requalificação;
- ✓ Receber e analisar os processos abertos no SAU após a finalização dos setores de atendimento;
- ✓ Estruturar e acompanhar o banco de dados do SAU;
- ✓ Acompanhar a realização da pesquisa de satisfação do usuário;
- ✓ Analisar os relatórios consolidados do SAU e a Pesquisa de Satisfação dos Usuários de todos os setores de internação mensalmente;
- ✓ Encaminhar para Auxiliar Administrativo do setor de faturamento, relatório consolidado do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário, mensalmente, em data a ser estabelecida;
- ✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação ao Usuário aos diferentes setores, definindo juntamente com os responsáveis, sistemática de ações corretivas e, ou melhoria onde couber;
- ✓ Apresentar resultados do SAU e Pesquisa de Satisfação do Usuário ao Diretor do Hospital, subsidiando o desenvolvimento de estratégias de qualificação e humanização do atendimento;
- ✓ Propor, coordenar e implementar a Política da região de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários e trabalhadores em saúde, ao processo de avaliação do SUS;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Acolher, registrar e apurar denúncias, reclamações, insatisfações, solicitações, elogios e informações variadas de usuários e trabalhadores, apurando sua fundamentação;
- ✓ Fornecer informações a respeito das políticas de saúde desenvolvidas na região;
- ✓ Buscar as informações necessárias ao processamento das demandas recebidas;
- ✓ Acompanhar cada caso até sua solução final, buscando dotar de agilidade os encaminhamentos;
- ✓ Elaborar relatório periódico das demandas recebidas e seus encaminhamentos para subsídio do processo de planejamento do gestor;
- ✓ Propor ao gestor a adoção de providências que implementem melhorias nos serviços, a partir da sugestão dos usuários e trabalhadores em saúde;
- ✓ Atender solicitação dos Conselhos Municipal, Distritais de Saúde, Conselhos de Unidades e demais órgãos de controle social;
- ✓ Analisar sugestões emanadas da sociedade civil, por intermédio de suas organizações, e demais órgãos de controle social, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde;
- ✓ Promover a discussão das demandas e encaminhar quando necessário às instâncias competentes os problemas que afetam a qualidade do atendimento da Rede de Serviços do SUS na região;
- ✓ Implementar políticas de estímulo à participação de usuários, trabalhadores em saúde e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;
- ✓ Atuar na prevenção e mediação de conflitos dos usuários relativos aos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde com os prestadores de serviços no âmbito do SUS.

Funcionamento do serviço

O SAU capta dados através de um único documento que avalia a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados e, no verso da Pesquisa de Satisfação há um espaço reservado para comentários como dúvidas, sugestões, críticas e elogios.

O modelo apresentado já é utilizado em outras unidades gerenciadas pela BHCL, e poderá ser implantado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

Mensalmente os dados levantados nas Pesquisas de Satisfação são enviados aos gestores das unidades de saúde para avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, além de emitir parecer sobre as reclamações e sugestões informando as providências tomadas para solução do problema.

As manifestações são classificadas em suas especificidades e após análise são encaminhadas as áreas competentes para ciência e providências. Após este processo o SAU, encaminha devolutiva da manifestação ao usuário.

RJ



A prioridade é responder aos manifestantes com agilidade. Controlar os processos recebidos, controlar os prazos de soluções. Acompanhar em tempo real o fluxo da reclamação. Buscar proatividade nas soluções dos problemas, fazendo de uma ouvidoria passiva para uma ativa.

Será destinado, a medida do possível, sala exclusiva para o desenvolvimento das atividades do serviço de atenção ao usuário, local também destinado a receber os usuários para atendimento aos usuários.

Além da ouvidoria local, os usuários podem manifestar-se através da Ouvidoria de Saúde De Goiás.

As manifestações provenientes das Ouvidorias (Ouvidoria Central, Secretaria Estadual de Saúde) seguirão o fluxo estabelecido pelo gestor da região, considerando a apuração dos fatos, o encaminhamento da resposta ao manifestante e ao órgão captador da manifestação e o devido registro no Sistema OuvidorSUS.

As manifestações oriundas da Ouvidoria do SUS podem ser acessadas pelo Gestor do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho para conhecimento da manifestação e a inserção dos encaminhamentos e providências tomadas no sistema ou conforme fluxo estabelecido.

Na apuração dos fatos o gestor local deve observar todos os aspectos contidos na manifestação do usuário, considerando as várias situações apontadas pela mesma, apurando cada uma dessas situações e identificando todos os elementos envolvidos. A resposta ao manifestante sempre que possível deve ocorrer pessoalmente, quando não possível deve ocorrer por telefone, e-mail ou correspondência. Os prazos para retorno serão estabelecidos em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, não devendo ultrapassar 30 dias.

O telefone da Ouvidoria de Goiânia-GO, bem como o link para manifestação via internet, será disponibilizado em cartaz ou outra forma de comunicação visual nas unidades, juntamente com as informações sobre a ouvidoria local, para conhecimento dos usuários do serviço.

A Proposta para implantação da Pesquisa de Satisfação do Usuário está descrita no **item 4.5.2.2.1, a seguir.**

4.2.2.2.1 Proposta de desenvolvimento da pesquisa de satisfação

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços na Unidade de Saúde é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade.

Por meio de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constituir uma



oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permitir a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários da Unidade de Saúde, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- ✓ Avaliar o grau de satisfação dos clientes.
- ✓ Monitorar o desempenho da unidade ao longo do tempo.
- ✓ Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da unidade.
- ✓ Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários.
- ✓ Identificar meios de manter esses pontos positivos.
- ✓ Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários.
- ✓ Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Tipo de Pesquisa:

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa.

Local do Estudo:

A ser desenvolvido nas unidades, nos locais de atendimento e assistência.

População (Amostra) / Sujeito:

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da unidade que saírem de alta ambulatorial, no mês de período proposto com o nível de confiança de 94% e margem de erro de 3% na unidade em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social da Unidade conforme modelo de questionário apresentado no próximo item.



A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa será identificadas as oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

INSTRUMENTAL (QUESTIONÁRIO)

Sua Opinião Vale Muito Para Nós

Data : _____ / _____ / _____

1-Unidade de Observação: -----

2-Esta e a sua primeira internação?

(1) *Sim* (2) *Não*

3-Faixa etária do entrevistado:

- (1) *0 a 4 anos*
- (2) *6 a 10 anos*
- (3) *11 a 20 anos*
- (4) *21 a 40 anos*
- (5) *41 a 40 anos*
- (6) *41 a 60 anos*
- (7) *Acima de 60 anos*

4-Sexo do entrevistado

- (1) *Masculino*
- (2) *Feminino*

5-Qual o grau de instrução do entrevistado?

- (1) *Não alfabetizado*
- (2) *Alfabetizado*
- (3) *1º grau completo e incompleto*
- (4) *2º grau completo e incompleto*
- (5) *3º grau completo e incompleto*
- (6) *NR/NS*

6-Renda Familiar do entrevistado:

RJ



- (1) Menos de 1 salário-mínimo
- (2) De 1 a 2 salários-mínimos
- (3) De 3 a 4 salários-mínimos
- (4) Acima de 4 salários-mínimos
- (5) NR/NS

7-Procureu a Unidade de Assistência por :

- (1) Indicação da família/ amigos
- (2) Encaminhamento de outra unidade
- (3) Encaminhamento médico
- (4) Outro motivo
- (5) Acidente
- (6) NR/NS

8-Qual o nível de satisfação em relação à VIGILÂNCIA?

Considerar: cordialidade, agilidade, orientações precisas

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito
- (3) Insatisfeito
- (4) Muito insatisfeito
- (5) NR/NS

9-Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE MÉDICA?

Considerar: Cordialidade, agilidade, respeito à privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito
- (3) Insatisfeito
- (4) Muito insatisfeito
- (5) NR/NS

10-Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE DE ENFERMAGEM?

Considerar: Apresentação dos auxiliares e técnicos de enf., cordialidade, agilidade, respeito a privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

- (1) Muito satisfeito
- (2) Satisfeito

RJ



- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

11-Qual o nível de satisfação em relação ao SERVIÇO SOCIAL?

Considerar: Cordialidade, apoio na resolução de problemas e orientações precisas

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

12-Qual o nível de satisfação em relação a LAVANDERIA?

Considerar: Disponibilidade das roupas para a Observação, qualidade da lavagem e estado de conservação das roupas

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

13-Qual o nível de satisfação em relação ao SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA?

Considerar: Apresentação dos copeiros, cordialidade dos copeiros e nutricionistas, agilidade, orientações dos nutricionistas

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

14-Qual o nível de satisfação em relação à HIGIENIZAÇÃO?

Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, limpeza das áreas comuns e banheiros

RJ



- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

14-Qual o nível de satisfação em relação a MANUTENÇÃO PREDIAL?

Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, condição da rede elétrica, hidráulica e dos moveis

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

15-Qual o nível de satisfação em relação a RECEPÇÃO DA ENTRADA PRINCIPAL da Unidade?

Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

16-Qual o nível de satisfação em relação ao SAME?

(Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas)

- (1) *Muito satisfeito*
- (2) *Satisfeito*
- (3) *Insatisfeito*
- (4) *Muito insatisfeito*
- (5) *NR/NS*

17-O que é mais IMPORTANTE para o(a) Sr(a) ficar satisfeito com os serviços da Unidade?

[LER CADA ITEM] e entre [REPETIR OS ITENS, EXCLUINDO A PRIMEIRA RESPOSTA] **qual e a 2ª mais importante?**

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- a) A conservação e limpeza (1) (2) (99 - NS/NR)
- b) O atendimento dos funcionários (1) (2) (99 - NS/NR)
- c) A capacidade dos funcionários (1) (2) (99 - NS/NR)
- d) O serviço ser feito direito (1) (2) (99 - NS/NR)
- e) A facilidade para conseguir o serviço (1) (2) (99 - NS/NR)

18-Agora vou ler de novo estas características dos serviços e peço que o(a) Sr.(a) de uma nota de "0" a "10" para a QUALIDADE de cada uma.

De "0" a "10", que nota o (a) Sr.(a) dá para:

- a) A conservação e limpeza () (99 - NS/NR)
- b) O atendimento dos funcionários () (99 - NS/NR)
- c) A capacidade dos funcionários () (99 - NS/NR)
- d) O serviço ser feito direito () (99 - NS/NR)
- e) A facilidade para conseguir o serviço () (99 - NS/NR)

E, de "0" a "10", que nota o(a) Sr.(a) dá para a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr(a) RECEBEU desta Unidade de Assistência (99 - NS/NR)

Nota: -----

Antes de vir a esta Unidade, todo mundo tem uma ideia sobre a qualidade dos serviços que vai receber aqui. Para responder as próximas perguntas, lembre-se de como imaginava que seria a qualidade dos serviços desta unidade antes de ser atendido.

A nota "0" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade muito ruim e a nota "10" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade ótima antes de ser atendido.

Dê uma nota de zero a 10, para dizer como imaginava que seria a qualidade geral dos serviços desta unidade antes de vir até aqui.

Nota: -----

OBS: Se o entrevistado, espontaneamente, afirmar ser usuário antigo e não se lembrar de como imaginava que seria o serviço, troque os termos "imaginava" para "imagina" e "antes de vir até aqui" para "a cada vez que vem aqui".

Dê uma nota para cada uma daquelas características do serviço, lembrando o que o(a) Sr.(a) imagina sobre a qualidade dos serviços que irá receber a cada vez que vem até aqui.

De uma nota de "0" a "10" para dizer o que o (a) Sr.(a) imagina com relação a:...

[REPETIR PARA CADA ITEM]

- a) A conservação e limpeza () (99 - NS/NR)

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- b) O atendimento dos funcionários () (99 - NS/NR)
- c) A capacidade dos funcionários () (99 - NS/NR)
- d) O serviço ser feito direito () (99 - NS/NR)
- e) A facilidade para conseguir o serviço () (99 - NS/NR)

Pesquisa de Opinião

A pesquisa de opinião a seguir será solicitada a todos os pacientes ambulatoriais e internados.

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e será utilizada quando a pesquisa for feita por meio de telefone.

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 _____ e-mail _____

Unidade/setor em que foi atendido(a):

Data e horário do atendimento: ____/____/____ às ____ horas

Para melhorar nossos serviços, diga-nos:		
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?		

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

As informações foram transmitidas corretamente?		
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?		
Ao procurar esta Unidade de Saúde você tinha uma imagem idealizada sobre ele. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?		

Comentários/Sugestões: _____

Contatos Da Unidade : e-mail..... e fone.....

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor!

Pesquisa de Opinião para Paciente Internado na Observação

A pesquisa poderá ser respondida pelo usuário no momento da alta, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO

NOME (opcional)				
SEXO	MASC ()	IDADE (ANOS) _____		
	FEM ()			
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 ()			

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

		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 ()	

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

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 ()

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

VOCÊ SABE O QUE É O SAC? S () N ()		VOCÊ CONHECE O SAC da Unidade de Saúde? S () N ()			
VOCÊ JÁ UTILIZOU O SAC da Unidade de Saúde? S () N ()					
AVALIE O ACESSO AO SAC	MUITO DIFÍCIL ()	DIFÍCIL ()	FÁCIL ()	MUITO FÁCIL ()	
CASO TENHA UTILIZADO, COMO FOI A RESPOSTA?		SATISFATÓRIA ()	NÃO SATISFATÓRIA ()	NÃO HOUE ()	
REGISTRE SUAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS, OU SUGESTÕES:					

Utilização do Resultado das Pesquisas de Satisfação

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas 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, Gerência de Enfermagem e Chefias 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.

RJ



Monitoramento

Caberá à liderança máxima da unidade, apoiado pelos assessores da BHCL, incorporar nas decisões tomadas as necessidades sentidas pelos usuários redefinindo processos, fluxos ou rotinas sob sua gestão, além de monitorar sistematicamente a evolução das medidas tomadas para garantir a qualidade e humanização do atendimento prestado.

A análise dos dados permitirá identificar o grau de satisfação dos usuários em relação aos diversos serviços oferecidos pela unidade. Para o percentual de usuários insatisfeitos deverá ser avaliado individualmente os itens que registraram avaliação negativa e identificar as falhas no processo de trabalho e subsidiar discussões que visem à qualificação do serviço prestado.

• 5. QUALIDADE TÉCNICA

Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins.

5.1 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente

Demonstramos nossa experiência mediante a apresentação de documentos legalmente reconhecidos, na gestão de Equipamentos de Saúde, anexados neste Plano de Trabalho, comprovando nossa experiência na execução de serviços de saúde, constituídos por Atestados de Capacidade Técnica, expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, contendo: identificação da pessoa jurídica emitente; nome e o cargo do signatário; timbre do emitente; período de vigência do atestado ou do contrato e objeto contratual que descreve as atividades.

5.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

RJ



Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiência da BHCL na gestão de Hospitais com quantidade de leitos igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos, estão relacionados a seguir, e apresentados em **Anexo 5**.

5.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Os Atestados de Capacidade Técnica que comprovam a experiência da BHCL na gestão de Hospitais com quantidade de leitos igual ou superior a 50 leitos, estão relacionados a seguir, e apresentados em **Anexo 6**.

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

Apresentação de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social CEBAS, dentro da validade, em conformidade com a Legislação vigente

O Certificado encontra-se em **Anexo 7**.

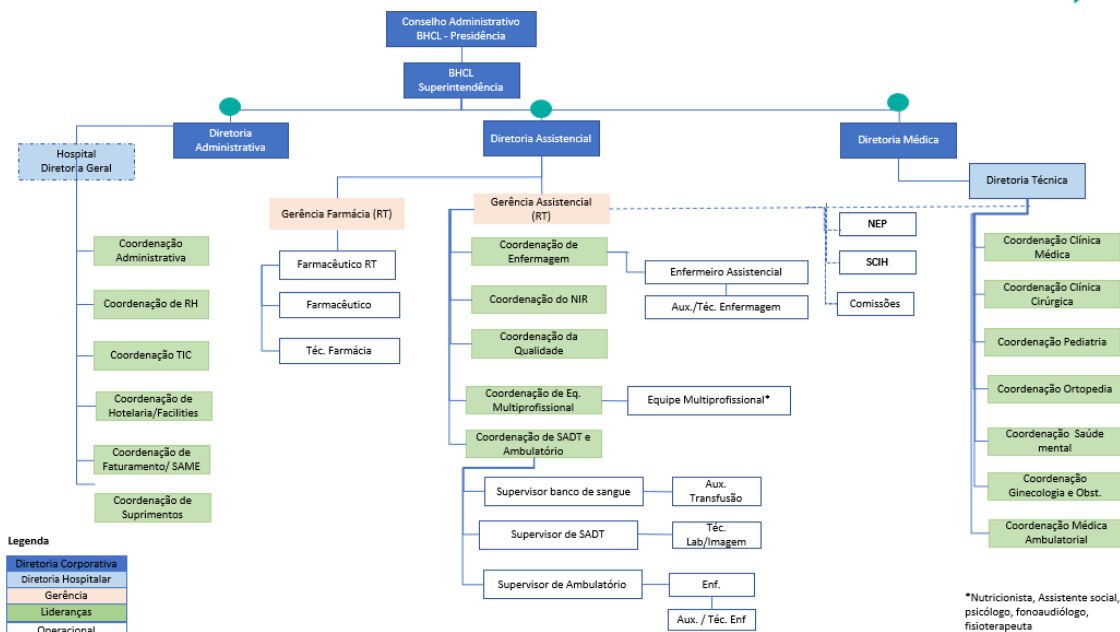
5.1.4 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

O organograma tem o objetivo de departamentalização da unidade, para organizá-la de forma otimizada e obter resultados mais relevantes.

Quando há uma organização clara os colaboradores conhecem, com exatidão, a sua função e a quem se reportar.

A seguir, apresentamos proposta de organograma para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

5.1.4.1 Apresentação do Organograma



5.1.4.2 Definição das competências de cada membro do corpo diretivo

a) Atribuições do Diretor Geral do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho

Cargo: Diretor Geral

Se reporta à: Diretoria Administrativa da BHCL

Competências Técnicas:

1. Normas de segurança no trabalho;
2. Conhecimento técnico em legislações relacionados a serviços de saúde;
3. Gestão de pessoas e processos;
4. Gestão de Custos;
5. Ferramentas da Qualidade;
6. NR- 32 (desejável);
7. Pacote Office Avançado.

Competências Comportamentais

1. Inteligência emocional;
2. Administração do tempo;



3. Relacionamento humanizado;
4. Visão sistêmica;
5. Foco no resultado;
6. Ética e honestidade;
7. Direcionador de soluções;
8. Foco no cliente interno e externo;
9. Tomada de decisão sob pressão;
10. Gerenciador de crise e conflito;
11. Gestão de Pessoas.

Treinamentos exigidos

1. Integração
2. Sistema de gestão
3. Regulamento, Regimento, Manuais e Protocolos internos
4. NR 32

Acessos necessários

1. Sistema;
2. E-mail;
3. Internet;
4. Pasta da área.

Atribuições

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento,



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;

✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores do hospital, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência hospitalar humanizada e de qualidade ao usuário;

✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;

✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;

✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;

✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;

✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;

✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;

✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;

✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;

✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;

✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;

✓ Realizar as despesas ordinárias do Hospital e obter, por escrito, a autorização da BHCL para as extraordinárias;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Administrativo Financeiro;
- ✓ Elaborar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação da BHCL.

b) Atribuições do Gerente Administrativo Financeiro do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho

Cargo: Gerente Administrativo Financeiro

Se reporta a: Diretor Geral do Hospital

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar a área financeira, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos e do dimensionamento de recursos humanos;
- ✓ Ser o representante legal da empresa, conforme termo outorgado e vigente por ela;
- ✓ Representar o Hospital frente os poderes governamentais, a comunidade e suas lideranças, expondo e debatendo, com elas, a assistência prestada, as necessidades sentidas, os programas em curso, as expectativas emergentes, os atos legais em vigor e a tendência do mercado;
- ✓ Ser o diretor geral interino, ou seja, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos dentro dos limites de delegação e/ou fixados por este;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Preparar e fazer a prestação de contas mensal, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela BHCL;
- ✓ Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira, apondo, em todos os documentos, seu visto, isto conjuntamente ao Diretor Geral.

b) Atribuições do Gerente Assistencial do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho

Cargo: Gerente Assistencial

Se reporta a: Diretor Assistencial da BHCL



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do Hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Gerenciar a área assistencial, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e POP;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos setores sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Participar da elaboração do planejamento estratégico do hospital, contribuindo com sugestões de sua área de atuação a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais da área assistencial atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- ✓ Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem, visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, isto assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;
- ✓ Planejar as atividades de Enfermagem, visando à satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades de Enfermagem;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação.

d) Atribuições do Diretor Médico (Diretor Técnico) do Hospital Estadual de Jataí **Dr. Serafim de Carvalho**

Cargo: Diretor Técnico

Se reporta a: Diretor Médico da BHCL

- ✓ Cumprir e executar a política de gestão da BHCL e do hospital;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no "Manual do Colaborador";
- ✓ Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- ✓ Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- ✓ Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- ✓ Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e protocolos clínicos;
- ✓ Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores de atuação;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem à melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
- ✓ Elaborar o planejamento estratégico a médio e longo prazo;
- ✓ Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- ✓ Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências e estiverem sob sua demanda;
- ✓ Manter contato constante com os responsáveis das áreas ligadas a sua diretoria e com as demais áreas e diretorias;
- ✓ Analisar os relatórios mensais, mantendo os dados gerais do hospital atualizados para a tomada de decisões;
- ✓ Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à administração ou a elas relacionadas;
- ✓ Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, às necessidades dos serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- ✓ Participar e realizar periodicamente o processo seletivo e as avaliações, conforme necessidade e cronograma, e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por Competências;
- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle de materiais e equipamentos, além de um sistema de avaliação de pessoal contínua;
- ✓ Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
- ✓ Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
- ✓ Selecionar os prestadores de serviços médicos, definindo e provendo recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
- ✓ Manter, de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento ao Corpo Clínico médico, cópia autenticada de toda a documentação constante do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;

RJ



- ✓ Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético sobre as diversas atividades do Corpo Clínico Médico;
- ✓ Estabelecer sistemas de supervisão médica, associando-os aos processos de controle e educação;
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes, sempre que solicitado, para prestar informações.

Observação: O Diretor Médico Clínico, por se constituir em cargo de representação médica dentro da instituição, será eleito conforme as diretrizes das Resoluções CFM 1481/97 e 2147/16 e CREMESP 134/06 e 184/08.

5.1.5 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

As titulações dos membros atuais dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 8**.

5.1.6 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

A comprovação de experiência dos membros atuais dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 9**.

5.2 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar

5.2.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho

Os médicos serão contratados para prestar os atendimentos, e o contrato será firmado na modalidade Pessoa Jurídica – PJ.

O quadro de dimensionamento médico por área e especialidade está apresentado no Quadro de Dimensionamento de Pessoal, que segue na planilha de **Dimensionamento de Recursos Humanos, apresentado em Anexo 20**.

RJ



5.2.2 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência

Os protocolos de enfermagem estão descritos no Manual de Protocolos de Enfermagem, elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 10**.

5.2.3 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto

A seguir, apresentamos os principais protocolos adotados pela BHCL, elaborados pela sua linha de cuidado.

Os demais protocolos estão descritos no Manual de Protocolos Clínicos, elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 11, Anexo 12 e Anexo 13**.

5.2.3.1 Protocolo Assistencial de Atendimento à Pessoa Vítima de Violência

O atendimento das pessoas em situação de violência sempre fez parte da assistência realizada pelos serviços de saúde. É importante que as instituições estejam preparadas, de forma a garantir fluxos, estabelecer referências, construir protocolos de atendimento, estabelecer prioridades nos serviços, bem como a organização da Vigilância das Violências.

Quando se fala de violência, está-se, na verdade, fazendo referência às diversas formas do agravo. Quando se pensa no recorte por ciclos de vida, pode-se falar em violência contra a criança, contra o adolescente, à mulher, ao homem e ao idoso; também é possível ampliar e fazer um recorte por grupos de maior vulnerabilidade, caracterizando, por exemplo, as situações como violência racial, de gênero e outros ou ainda caracterizar por tipo de violência, como violência doméstica, violência sexual, institucional, autoagressões e tentativas de suicídios.

A Linha de Cuidado – LC para atendimento às violências, é relativamente recente e representa uma estratégia de ação que busca alcançar a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência de forma ininterrupta e resolutive. Possibilita também, organizar os recursos de forma a garantir o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa em situação de violência, induzindo à integração das várias ações desenvolvidas na rede.

Dentre as ações, destacamos para o âmbito hospitalar:

a) Acolhimento



As pessoas em situação de violência, quando buscam a unidade de saúde, chegam ao local com um misto de sentimentos e emoções, tais como: medo, culpa, vergonha. É preciso que estar disponível para a escuta qualificada e empática, sem críticas e/ou discriminação. Dessa forma, forma-se o primeiro vínculo, facilita a continuidade do cuidado.

Atitudes para a Escuta Qualificada

- ✓ Atenção
- ✓ Afastar culpa
- ✓ Proteção/ Privacidade
- ✓ Linguagem
- ✓ Tranquilidade
- ✓ Registro
- ✓ Descrição
- ✓ Perguntas corretas
- ✓ Sigilo

b) Atendimento

Esta etapa se desdobra em consulta clínica, diagnóstico, tratamento e cuidados.

Durante o atendimento, o olhar do profissional não deve ser fragmentado e sim, buscar o compromisso com a integralidade do indivíduo. Além disso, a abordagem deve ser multiprofissional, pois é uma situação complexa, com múltiplas causas.

c) Atitude do Profissional

A abordagem da violência requer o desenvolvimento de habilidades por parte dos profissionais em manter um espaço acolhedor, além de um conhecimento sobre fluxos de encaminhamentos, metodologias de cuidado e redes de proteção.

O profissional da saúde deve ser um facilitador para auxiliar as pessoas em situação de violência superarem suas problemáticas, ampliarem seu campo de experiência, de forma que possam valorizar outros setores de suas vidas, modificando o foco da limitação para o empoderamento e a construção de novos projetos de vida (São Paulo, 2007).

A BHCL se propõe a definir uma equipe de referência por plantão e capacitar os profissionais, para que a abordagem seja empática, acolhedora e resolutive.

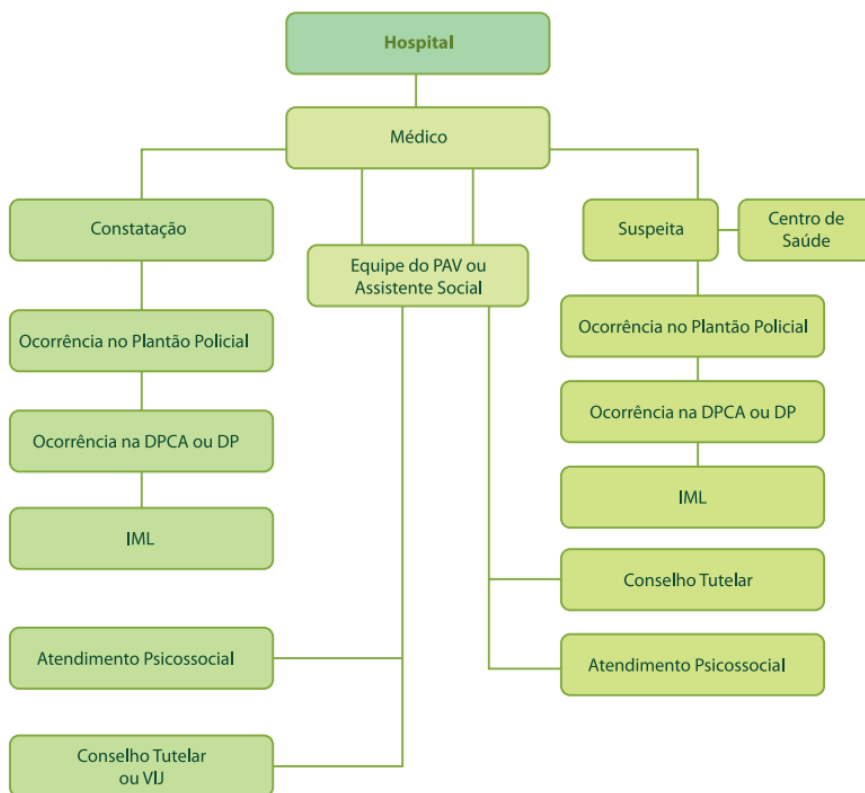
d) Atuação Interdisciplinar

A participação de profissionais com diferentes formações auxilia na identificação de sequelas que vão para além das marcas físicas que a violência pode deixar, possibilitando um olhar para questões de ordem subjetivas, que podem marcar de forma desastrosa as pessoas em situação de violência.

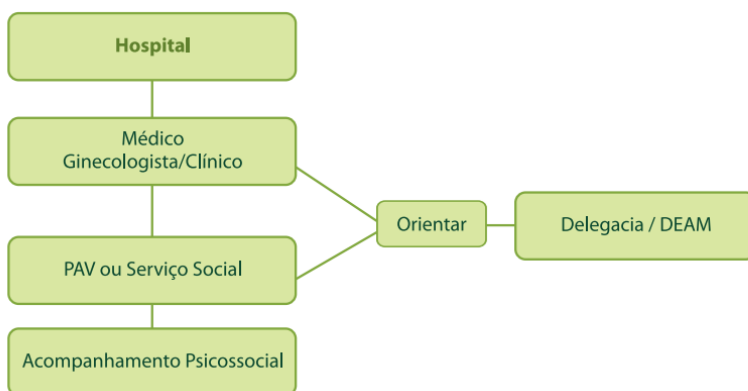
Além disso, a abordagem por toda a equipe de referência, evita a revitimização, ou seja, a pessoa não repete por diversas vezes a sua história, revivendo repetidamente seu trauma.

Fluxogramas de Atendimento às pessoas em situação de violência no Hospital

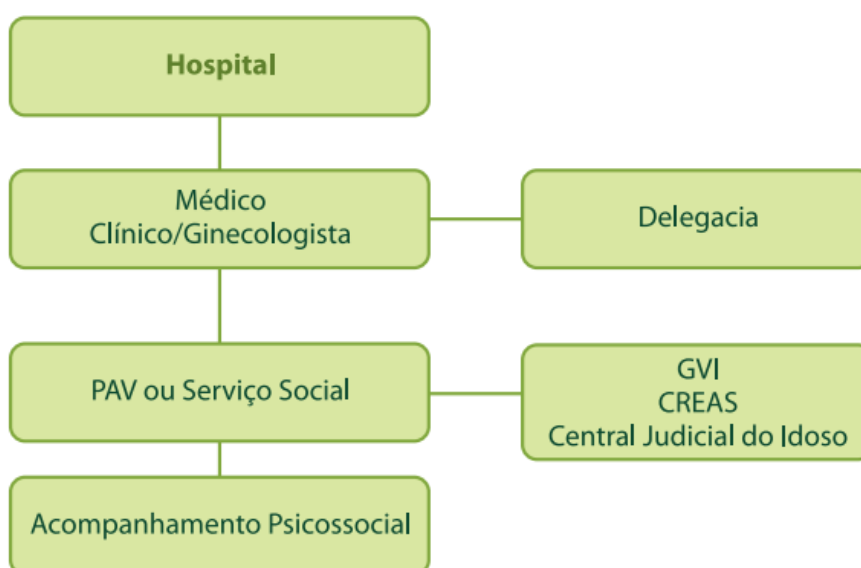
Fluxo. Fluxograma de atendimento à criança e adolescente



Fluxo. Fluxograma de atendimento à mulher



A mulher perante a lei se representa. Assim, somente ela poderá realizar a denúncia na Delegacia de Polícia. O profissional de saúde realizará a notificação apenas para o Sistema de informação da Saúde. No entanto, poderá orientar a mulher a realizar a denúncia em qualquer Delegacia de Polícia.

Fluxo. Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, criado em 1º de outubro de 2003, é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Conforme o artigo 19, "os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde também a Autoridade Policial."

5.2.3.2 Protocolo Assistencial de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica**a) Violência Doméstica**

Infelizmente, é comum que a mulher em situação de violência doméstica tenha dificuldade de reconhecer que seu companheiro é agressivo. Ainda vivemos uma sociedade que reproduz relações de poder entre homens e mulheres de forma violenta. E essa ideia, frequentemente, faz com que as mulheres se sintam culpadas pela violência que estão sofrendo.

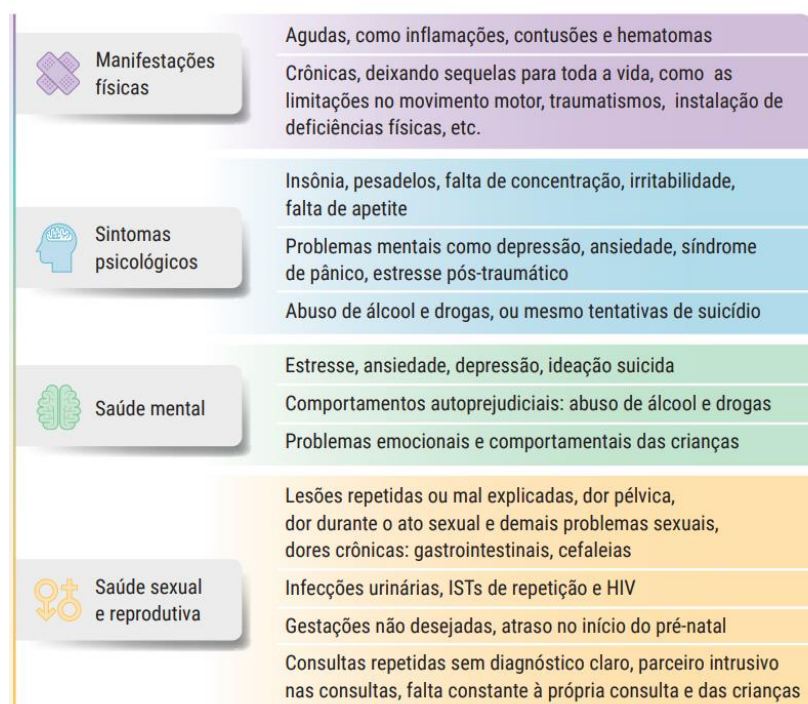
São muitos os motivos para as mulheres ficarem em relacionamentos violentos: medo da reação do agressor se ela o deixar; falta de autonomia financeira; culpa de afastar os filhos do pai; vergonha pelo julgamento das pessoas ao redor; falta de apoio; dificuldade de acessar serviços e direitos; entre outras possibilidades.

É necessário tentar compreender esses motivos e não reproduzir a ideia de que a mulher não rompe o ciclo de violência “porque gosta de apanhar”.

E mais uma vez a escuta qualificada, empática e livre de julgamentos, e o olhar integral se faz importante, para perceber o que não está sendo dito e direcionar o atendimento.

A seguir, apresenta-se figura com as diversas manifestações na mulher vítima de violência.

Figura. Manifestações na mulher vítima de violência



Fonte: Ministério da Saúde et al, 2022.

5.2.3.3 Protocolo Assistencial para Atendimento do Paciente com Dor Torácica



As doenças cardiovasculares continuam correspondendo às maiores taxas de mortalidade no Brasil e em todo o mundo, merecendo especial atenção em seu atendimento. A dor torácica é o principal sintoma de um paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e sua abordagem correta pode definir seu prognóstico. O papel da telemedicina fica cada vez mais evidente no que se refere ao suporte às emergências, particularmente quando a condição aguda é ameaçadora à vida, necessita de diagnóstico imediato e tratamento precoce, e o paciente e o profissional de saúde estão separados fisicamente por longas distâncias.

Objetivos

Padronizar o atendimento dos pacientes com dor torácica, com o intuito de identificar os casos de síndrome coronariana aguda e os diagnósticos diferenciais de forma ágil para intervenção precoce.

Ações do Corpo Clínico

- Avaliar o paciente e realiza anamnese;
- Solicitar eletrocardiograma e marcadores de necrose cardíaca;
- Realizar prescrição médica;
- Prescrever terapia trombolítica (adotar os critérios de elegibilidade) se pertinente ou,
- Referenciar o paciente para a rede;
- Preencher formulários pertinentes, incluindo AIH e resumo de transferência.

Ações da Equipe de Enfermagem

- Orientar o usuário quanto os procedimentos a serem realizados;
- Realizar o eletrocardiograma e coletar exame de sangue (troponina);
- Puncionar acesso venoso calibroso (porta-agulha com tempo igual ou menor que 30 minutos);
- Verificar Sinais Vitais;
- Acomodar o paciente em leito de emergência/sala de observação, de acordo com a gravidade da situação;
- Executar a prescrição médica;
- Solicitar vaga no hospital de referência.

A SCA pode ser classificada em dois grupos: a SCA COM supradesnivelamento do segmento ST e SCA SEM supradesnivelamento do segmento ST. A definição de cada um destes diagnósticos engloba, de forma geral, a análise do eletrocardiograma de 12 derivações (ECG),



sintomas clínicos e alterações laboratoriais. As definições a seguir auxiliarão na diferenciação dos pacientes e manejo clínico dos mesmos.

- ✓ **SCA com** supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST): Condição relacionada com a oclusão aguda e total da coronária, com necessidade de reperfusão imediata. Paciente com dor torácica aguda associado a supradesnivelamento do segmento ST persistente ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou supostamente novo.
- ✓ **SCA sem** supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST): Paciente com dor torácica aguda SEM supradesnivelamento do segmento ST persistente, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade, como: elevação transitória do segmento ST, infradesnivelamento transitório ou persistente do segmento ST, inversão de onda T, outras alterações inespecíficas da onda T (plana ou pseudonormalização) e até mesmo ECG normal.

Neste grupo, estão os pacientes com angina instável (AI) e aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST)

- ✓ IAMSSST: quando há elevação de marcadores de necrose miocárdica.
- ✓ AI: Os pacientes referidos acima, sem alteração dos marcadores de necrose miocárdica (ou seja, sem necrose miocárdica).

A dor torácica é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mas com localização na região anterior ou posterior do tórax.

Sua caracterização é muito importante para poder classificá-la ou não em dor do tipo anginosa:

Dor tipo A: considerada como definitivamente anginosa, caracterizada pelos sintomas clínicos típicos: desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, alivia com repouso e/ou com a administração de nitrato.

Essas características já são sinais de SCA, independente dos exames.

Dor tipo B: considera-se como provavelmente anginosa, caracterizada pela dor torácica cuja principal hipótese diagnóstica é a SCA devido às características apresentadas e relatadas pelo paciente. Porém existe a necessidade de confirmação do diagnóstico, encaminhando esse paciente para exames complementares.



Os pacientes com **dor tipo C** – provavelmente não anginosa ou **dor tipo D** – definitivamente não anginosa, precisam ser avaliados criteriosamente pelo médico, se necessário encaminhados para exames comprobatórios da hipótese diagnóstica.

A restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico no Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST, no qual a trombose coronariana é o principal mecanismo fisiopatológico subjacente, limitando a extensão da necrose miocárdica e reduzindo a mortalidade. Para tal, existem 02 formas para restabelecimento do fluxo sanguíneo: química, pela administração de agentes trombolíticos e mecânica, pela execução de angioplastia.

A escolha pelo tratamento mais adequado será de decisão médica, levando em consideração o tempo de início dos sintomas e procura pelo serviço, acesso ao serviço de hemodinâmica (considerando que o tempo porta-balão deve ser igual ou menor que 90 minutos).

Na entrada do paciente no Pronto Socorro, na suspeita de SCA, o profissional que realizou o acolhimento (escuta qualificada) deve imediatamente comunicar o médico plantonista para que a avaliação seja imediata. Colocar a pulseira ou etiqueta de identificação no paciente.

5.2.3.3.1 Eletrocardiograma

O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é a primeira ferramenta para o diagnóstico de SCA. Deve ser realizado em até 10 minutos da entrada do paciente na instituição.

Realização do Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG)
Primeiro ECG: Deve ser realizado na triagem para todo paciente que chegar relatando dor torácica (Dor tipo A, B, C ou D) com interpretação imediata.
ECG seriado: em todos os pacientes que permanecerem sintomáticos.
Repetir ECG: Naqueles pacientes que tiverem piora ou mudança da característica da dor torácica ou sempre na terceira hora junto da coleta de Troponina para todos os pacientes com dor torácica do tipo A, B, C e/ou D.

No caso da SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMsSST), onde observamos isquemia subendocárdica, o ECG pode se apresentar normal, ou com infradesnivelamento do segmento ST > 0,5 mm.

Os critérios eletrocardiográficos de SCA com supradesnivelamento do segmento ST precisam ser preenchidos para que a suspeita de SCACSST seja levantada e o protocolo para atendimento deste paciente seja iniciado o quanto antes.

Tais critérios incluem:

RJ

a) Supradesnivelamento ponto J de pelo menos 1 mm em duas ou mais derivações contíguas do plano frontal ou maior que 2 mm no plano horizontal.

b) Exceção à regra acima são as derivações V2 e V3, onde pode haver um supradesnivelamento do segmento ST maior que as demais derivações, sem que isso represente um evento isquêmico agudo. Nesse caso para se caracterizar infarto, os critérios utilizados para supradesnivelamento de V2 e V3 são:

- ✓ Supra de ST com elevação do ponto J > 1,5 mm em V2 e V3 nas mulheres.
- ✓ Supra de ST com elevação do ponto J > 2,5 mm em V2 e V3 e > 1,0 mm nas demais derivações em homens com idade inferior a 40 anos.
- ✓ Supra de ST com elevação do ponto J > 2,0 mm em V2 e V3 ou > 1,0 mm nas demais derivações em homens com idade superior a 40 anos.

c) Na fase **hiperaguda** do IAM podemos observar ondas T pontiagudas, positivas com ou sem alterações do segmento ST. Na fase **aguda** do IAM nota-se supradesnivelamento do segmento ST com convexidade para cima, redução progressiva da onda R e surgimento da onda Q. A fase **subaguda** (que ocorre cerca de 12 horas após o infarto) é caracterizada por supradesnivelamento do segmento ST com concavidade para baixo, ausência de onda R e presença de ondas Q. Na fase crônica, observa-se ondas Q patológicas, ausência de ondas R e normalização do segmento ST, com ondas T normais ou invertidas.

d) As derivações V3R-V4R e V7-V8 devem ser realizadas nos casos suspeitos de infarto do ventrículo direito ou infartos dorsais, respectivamente.

e) O padrão de infradesnivelamento do segmento ST difusamente, associado a supradesnivelamento isolado de aVR e/ou V1 deve ser manejado com estratégia invasiva precoce, uma vez que pode estar associado a doença multiarterial ou lesão grave do tronco da coronária esquerda

f) Presença de bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo sugere SCACSST.

A presença de bloqueio de ramo na suspeita de SCACSST apresenta algumas particularidades e como supradesnivelamento do segmento ST. O bloqueio de ramo direito não impede o reconhecimento do infarto agudo do miocárdio e a análise do supradesnivelamento do segmento ST segue os parâmetros descritos anteriormente. Trabalhos recentes têm relatado que a presença de bloqueio de ramo direito novo ou supostamente novo tem sido relacionada a oclusões agudas das coronárias em um cenário clínico de dor torácica típica, podendo ser correlacionado com a oclusão da coronária descendente anterior e deve ser considerado 3,4.

Já o bloqueio de ramo esquerdo dificulta o diagnóstico de infarto do miocárdio associado, pelas alterações de repolarização inerentes desse bloqueio. Para auxiliar nesse diagnóstico, podemos utilizar os critérios definidos por Sgarbossa, que quando atinge pontuação maior que

3 tem alta especificidade (90-98%), porém baixa sensibilidade (20-36%) para o diagnóstico de IAM.

Critérios de SGARBOSSA	
Alterações eletrocardiográficas	Pontuação
Elevação do segmento ST > 5,0 mm em discordância com o QRS	2
Depressão do segmento ST > 1,0 mm em V1, V2 ou V3	3
Elevação do segmento ST > 1,0 mm em concordância com o QRS	5

5.2.3.3.1 Biomarcadores

Os marcadores de necrose miocárdica (MNM) tem papel importante não só no diagnóstico como também no prognóstico da SCA e devem ser mensurados em todos os pacientes com suspeita de SCASSST. As troponinas alteram-se precocemente, habitualmente dentro das 3 primeiras horas de evolução.

Embora possam apresentar alteração também em Insuficiência Cardíaca, miocardites ou TEP, a sua associação com evidências de SCA, como dor torácica e/ou alterações de ECG sugestiva de IAM, podem fazer o diagnóstico. Uma troponina normal após a sexta hora de evolução seriada afasta definitivamente o diagnóstico de SCA.

Dosagem dos biomarcadores na dor torácica
• Admissão: Troponina (Ultrassensível) está indicada para os pacientes com dor torácica conforme indicação nos fluxogramas apresentados anteriormente. • Quando troponina ultrassensível estiver disponível, a dosagem sérica deve ser realizada na admissão e idealmente reavaliada em 1h ou até 2h. Caso indisponível, a troponina convencional deve ser coletada. • 3ª Hora: Repetir dosagem de troponina pelo menos uma vez, de 3 a 6h após a primeira dosagem, caso esta seja normal ou discretamente elevada. (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B). • Dosagens CK-MB massa podem ser utilizadas se dosagens de troponina não estiverem disponíveis (Grau de Recomendação IIb, Nível de Evidência B).

5.2.3.3.2 Métodos de diagnósticos e prognósticos

Rápida avaliação das características da dor torácica e de outros sintomas concomitantes, pelo exame físico e pela imediata realização do ECG (em até 10 min após a chegada à Unidade);

Rápida avaliação médica após a realização do ECG para que em caso de IAMCSST seja otimizado o tratamento e regulado para encaminhamento ao serviço hospitalar especializado;

Se o ECG não evidenciar IAMCSST, mas apresentar alguma alteração compatível com isquemia miocárdica, iniciar o tratamento anti-isquêmico usual e estratificar o risco de complicações;

Se o ECG for normal ou inespecífico, mas a dor torácica for sugestiva de isquemia miocárdica, o tratamento anti-isquêmico pode ser iniciado ou protelado, principalmente se a dor não mais estiver presente, entretanto o uso da Aspirina está indicado seu uso, salvo nos casos em que há contraindicações.

5.2.3.3.3 Tratamento da Síndrome Coronariana Aguda

A rápida avaliação das características da dor torácica e de outros sintomas concomitantes e a realização do ECG em **até 10 minutos** da chegada do paciente são premissas fundamentais para definir o tratamento adequado.

5.2.3.3.4 Alívio da hipoxemia, da dor e da ansiedade

- Monitorização do paciente: pressão arterial sistêmica, saturação de oxigênio e monitorização do ritmo cardíaco.

- Acesso venoso periférico.

- Suplementação de oxigênio por máscara ou cateter nasal se saturação de O₂ < 90% (2 a 4 L/min a 100%), se desconforto respiratório ou se congestão pulmonar.
- O controle da dor e da ansiedade é essencial para a terapêutica precoce do IAM. Essa medida reduz o consumo de oxigênio pelo miocárdio, secundário à ativação do sistema nervoso simpático.

- A morfina é a medicação de escolha. Dose: 2 a 8 mg diluídos EV, podendo ser repetidos a cada 5-15 minutos (até máximo de 30 mg).

- Contraindicações para o uso de morfina: hipersensibilidade ao fármaco, hipotensão, náuseas e vômitos. Efeitos colaterais como hipotensão e bradicardia respondem bem à atropina (0,5 - 1,5 mg, EV) e a depressão respiratória responde bem ao naloxone (0,1 a 0,2 mg a cada 15 minutos).

5.2.3.3.5 Nitratos

- Indicações: dor tipo anginosa persistente, reversão de possível espasmo, hipertensão arterial, congestão pulmonar.

- O dinitrato de isossorbida – 5 mg sublingual – é o medicamento dessa classe mais utilizado. Pode-se administrá-lo em até três doses, com intervalo de 5 minutos entre elas (máximo de 15 mg).

- A nitroglicerina, quando indicada, deve ser iniciada com 10 mcg/ min, endovenosos, e ir aumentando a cada 10 minutos, até o controle dos sintomas e da pressão arterial.

•Contraindicações: PAS < 90 mmHg, uso de sildenafil nas últimas 24 horas ou tadalafil nas últimas 48 horas, suspeita clínica ou eletrocardiográfica de comprometimento do ventrículo direito.

5.2.3.3.6 Antiplaquetários

•Aspirina (AAS) - Indicada em todos os pacientes com SCACSST

Contraindicações formais são: hipersensibilidade comprovada ao medicamento, sangramento digestivo ativo, discrasia sanguínea, hemofilia ou hepatopatia grave.

Posologia do AAS
Dose de ataque 150-325 mg, VO, macerado
Dose de manutenção 75 - 100 mg VO, 1 vez ao dia

•Clopidogrel Suas evidências na SCACSST estão relacionadas ao uso combinado do AAS e nos casos de terapia trombolítica inicial. Opção para pacientes com risco elevado de sangramento.

Posologia do Clopidogrel
Dose de ataque 300 – 600 mg, VO, se <75 anos Sem dose de ataque se > 75 anos
Dose de manutenção 75 mg VO, 1 vez ao dia – durante 1 ano no mínimo

Na angioplastia a dose de ataque é de 300 a 600 mg, por via oral, seguido de dose manutenção de 75 mg/dia. Taxa de resistência ao clopidogrel - em torno de 25% dos pacientes.

5.2.3.3.7 Heparina

Indicadas para todos os pacientes com infarto com supra. Existente nas formas de heparina não fracionada (HNF) e heparina de baixo peso molecular (HBPM). Não administrar heparina antes da intervenção coronária percutânea (ICP) primária.

Posologia das Heparinas		
	Dose de ataque	60-70 U/Kg, bolus (máximo de 5.000 UI)
Heparina não Fracionada	Dose de Manutenção	12 U/Kg, máximo de 1.000 U/h,
		por 24-48 h
Heparina de Baixo Peso	Dose de ataque	30 mg EV, bolus, se < 75 anos
Molecular		1 mg/Kg, SC, de 12 /12 h até
	Dose de Manutenção	alta hospitalar (15 min após ataque). Dose máxima de 100 mg/dose.
	Não fazer bolus inicial.	
	Iniciar 0,75 mg/Kg, SC de 12/12 h (Máximo de 75 mg/dose)	
	Clearance de Creatinina	Não fazer bolus inicial. Iniciar 1 mg/Kg, SC 1x/dia
	< 30 ml/min	
Foundaparinux	Dose única	2,5 mg, via subcutânea
	Dose de Manutenção	2,5 mg, via subcutânea, 1 x/dia
	Clearance de Creatinina	Está Contra-indicado
	<20 ml/min	

Na administração da HNF deve-se manter Tempo de tromboplastina Parcial Ativado (TTPa) entre 50 e 85 segundos (dosar a cada 6 horas). Nos casos de angioplastia, ajustar dose para manter TCA de 250- 350 s; 200-300 casos associados com antagonistas dos receptores glicoproteicos IIb/IIIa. Parar a infusão ao final do procedimento.

A HBPM está indicada para uso com todos os fibrinolíticos, inclusive estreptoquinase.

5.2.3.3.8 Tratamento da SCA com Supra de ST

O tratamento do paciente com SCA com Supra de ST segue os mesmos parâmetros descritos anteriormente associados obrigatoriamente às terapias de reperfusão imediatas.

Terapias de Reperusão

A terapia de reperfusão está indicada em todos os pacientes com até 12 horas de início dos sintomas, que apresentem supradesnivelamento do segmento ST persistente ou bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo. Deve-se considerá-la também nos casos com mais de 12 horas de sintomas, e com evidências clínicas ou eletrocardiográficas de isquemia miocárdica.

a) Fibrinolíticos O tratamento com fibrinolítico está indicado nos casos de SCA, associada à presença de supradesnivelamento do segmento ST em pelo menos 2 derivações contíguas ou de um novo ou presumivelmente novo bloqueio do ramo esquerdo. Deve ser realizada quando não há possibilidade de angioplastia primária e na ausência de contraindicações. O tempo porta-agulha ideal é menor que 30 minutos.

Contraindicações ABSOLUTAS ao uso de fibrinolíticos nas SCA
Qualquer sangramento intracraniano prévio
Neoplasia do sistema nervoso central
Qualquer malformação arteriovenosa (MAV) cerebral conhecida
Sangramento ativo ou diástese hemorrágica (exceto menstruação)
Acidente vascular cerebral isquêmico nos últimos 3 meses
Trauma importante em rosto ou cabeça nos últimos 3 meses
Suspeita de dissecação de aorta
Discrasia sanguínea



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Contraindicações RELATIVAS ao uso de fibrinolíticos nas SCA

Acidente vascular isquêmico há mais de três meses

Doença intracraniana não listada nas contraindicações absolutas

Gravidez

Uso atual de antagonistas da Vitamina K

Uso de estreptoquinase há mais de 5 dias

Uso de anticoagulantes orais

Sangramento interno recente (menos de 2-4 semanas)

Hipertensão arterial não controlada (Pressão arterial sistólica > 180 mmHg e diastólica > 110 mmHg)

Punções vasculares não compressíveis

Úlcera péptica ativa

Ressuscitação cardiopulmonar traumática e prolongada (> 10 minutos)

Cirurgia de grande porte nas últimas 3 semanas

CRITÉRIOS DE REPERFUSÃO DOS TROMBOLÍTICOS

Redução do supra > 50% após 60 ou 90 minutos do início da infusão

Melhora da dor

Arritmias de reperfusão

Pico precoce de marcadores de necrose miocárdica

RJ



As opções dos fibrinolíticos para uso são: Estreptoquinase, a Alteplase (t-PA), a Reteplase (r-PA) e a Tenecteplase (TNK-tPA):

INFORMAÇÕES SOBRE FIBRINOLÍTICOS

Estreptoquinase

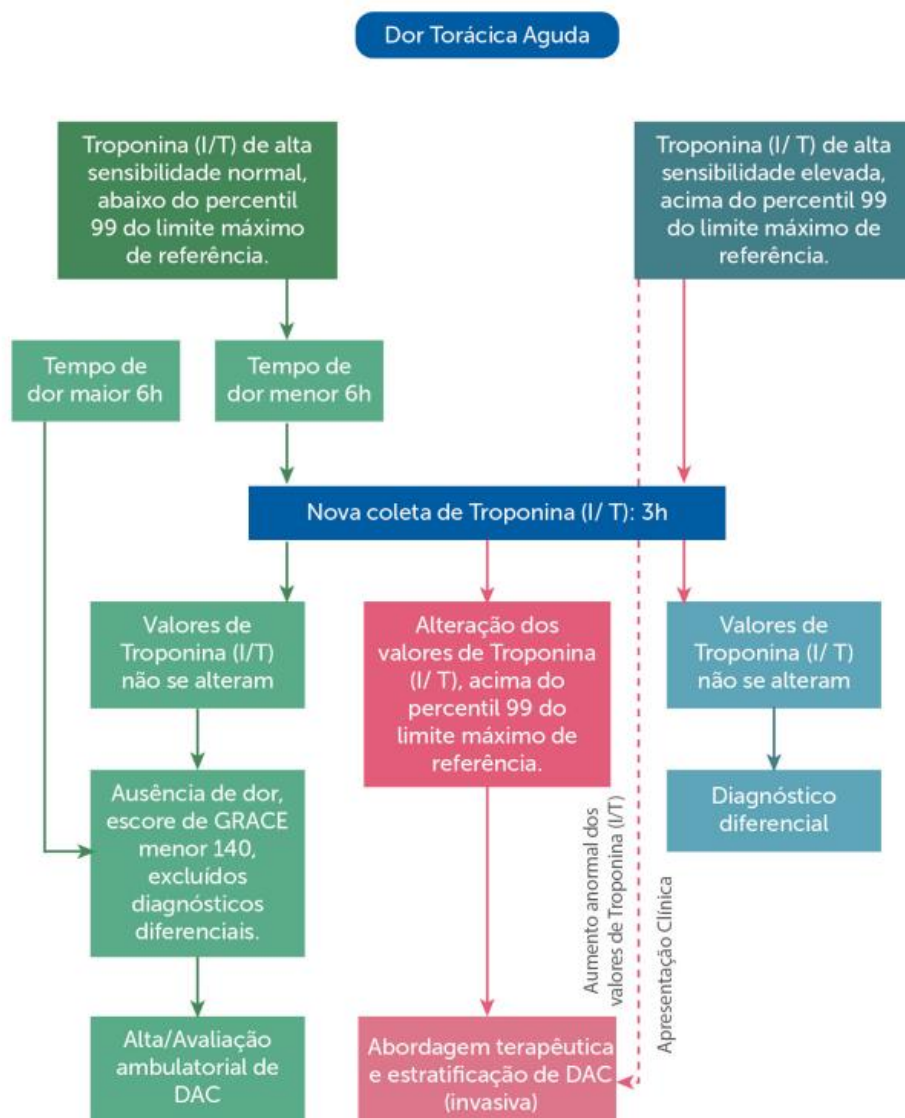
- Dose de 1.500.000 UI diluídas em 100 ml de SF a 0,9% ou SG a 5%, EV, em 30-60 minutos.
- Contraindicada nos casos de infusão previa.
- Podem ocorrer reações alérgicas importantes
- Hipotensão: lentificar a infusão, Trendelenburg, eventualmente expansão com soro fisiológico.

Alteplase (t-PA)

- Regime de administração acelerada durante 90 minutos (tratamento iniciado dentro de 12 h após início dos sintomas):
 - Administrar 15 mg, EV, em bolus, 0,75 mg/kg, EV, em 30 minutos; seguido de 0,5 mg/kg, EV, em 60 minutos (não exceder a dose total de 100 mg).
- Regime de administração durante 3 horas (tratamento iniciado dentro de 12 h após início dos sintomas):
 - Administrar 10 mg, EV, em bolus; seguido de 50 mg, EV, durante a primeira hora, seguida por infusão de 10 mg durante 30 minutos até a dose máxima de 100 mg no total, nas próximas 3 horas.

A seguir, apresentamos o algoritmo de tomada de decisão com a Troponina.

Algoritmo de Tomada de Decisão com Troponina



Fonte: HCOR, 2021



5.2.3.4 Protocolo Assistencial de Atendimento para AVC

O AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico sempre é uma emergência médica e todo o paciente deve ser atendido no hospital, mesmo que os sintomas sejam transitórios (Ataque isquêmico transitório - AIT).

O diagnóstico de AVC deve ser suscitado sempre que o paciente apresentar início súbito de déficit focal, com ou sem alteração do nível de consciência. O profissional deve realizar a avaliação utilizando-se dos critérios da Escala de Cincinnati:

- Assimetria facial
- Perda da força em um dos membros
- Anormalidade na fala (dificuldade para falar)
- Perda súbita do equilíbrio

O cuidado na fase aguda do AVCI é uma das principais ações do tratamento, que deve ser iniciado precocemente e instalada a terapia eficaz a fim de impedir a morte do tecido cerebral. O atendimento ao paciente com AVCI deve ser rápido, pois o tempo entre o início dos sintomas até o diagnóstico e até o início do tratamento agudo são importantes na determinação do prognóstico. Neste contexto, é possível reduzir a mortalidade e as sequelas.

Ao identificar possíveis sinais de AVCI, o enfermeiro deve realizar o teste de Glicemia Capilar e aplicar a Escala de Roisier, apresentada a seguir:



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Escala de Roisier

Pressão Arterial (preenchimento automático pela tela de Sinais vitais)

Dextro* = _____ mg/dL

*Se Dextro < tratar urgentemente e reavaliar após glicemia normal

Houve perda da consciência ou síncope? SIM (-1) NÃO (0)

Houve crise convulsiva? SIM (-1) NÃO (0)

Alguns dos sintomas abaixo com início súbito (ou ao acordar)?

Fraqueza facial assimétrica (assimetria de face)? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de força em MMSS assimétrica? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de força em MMII assimétrica? SIM (+1) NÃO (0)

Alteração da fala? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de campo visual? SIM (+1) NÃO (0)

Total: _____

Caso score seja < ou igual a zero, pouco provável (embora não totalmente excluído) o diagnóstico de AVC;

Se total de 1 a 5: provavelmente AVC;

Diagnóstico inicial: ☐ AVC ☐ Não-AVC (especificar): _____

Caso score seja < ou igual a zero, o diagnóstico de AVC é pouco provável (embora não totalmente excluído)

Ações da Equipe de Enfermagem

- Realizar teste de glicemia capilar (*point to care*) e aplicar a escala de Roisier;
- Monitorizar o paciente e realizar os controles e verificação de sinais vitais;
- Manter decúbito elevado em 30°
- Manter jejum
- Instalar oxigenioterapia, se saturação de oxigênio <92%
- Puncionar dois acessos venosos calibrosos, um em cada membro
- Realizar eletrocardiograma e coleta de exames laboratoriais*
- Agilizar o encaminhamento, em ambulância, para realização da tomografia de crânio e conduta trombolítica em hospital de referência

*exames laboratoriais que devem ser coletados: hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, ureia e creatinina.

Ações do Corpo Clínico

- Avaliar sintomas e tempo que iniciaram;
- Acionar protocolo de AVC
- Solicitar exames
- Aplicar a escala de AVC do NIH
- Solicitar transferência para hospital de referência

Tempos recomendados:

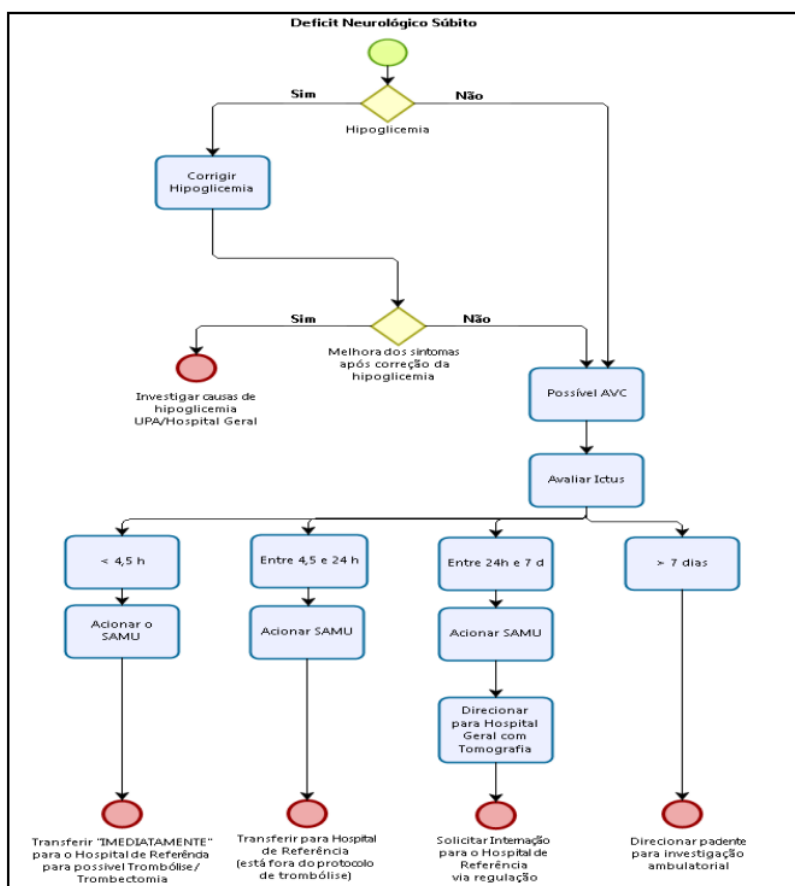
- Tempo porta à avaliação médica inicial – 10 minutos
- Tempo porta ao acionamento do protocolo de AVCI – 15 minutos
- Tempo porta à transferência para hospital de referência, se indicada – 180 minutos

A BHCL irá elaborar protocolo de articulação com o município de Jataí, para que a assistência e referência deste paciente esteja dentro do tempo preconizado no protocolo.

O AVC sempre é uma emergência médica e todo o paciente deve ser atendido no Pronto Socorro, mesmo que os sintomas sejam transitórios (Ataque isquêmico transitório - AIT).

O Fluxo a ser adotado para o atendimento do paciente com AVC está representado a seguir:

Fluxo. Atendimento pré-Pronto Socorro do paciente com AVC



Fonte: SESAES, 2018



Será de responsabilidade da BHCL contratar profissionais em número suficiente para atender à demanda em consonância com a Portaria Nº 665 de 2012, e capacitar os profissionais, com ações continuadas e permanentes de educação.

5.2.3.5 Protocolo Assistencial de Atendimento para Seps

A suspeita de SEPSE precoce é de extrema importância para o melhor prognóstico da doença. Quanto mais cedo for indicado o tratamento adequado, melhores são as chances do paciente. Por isto este indicador procura avaliar a suspeita de SEPSE e pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde e não necessariamente apenas pelo médico assistente.

Os critérios seguem as indicações da publicação do Instituto Latino-Americano de Seps na sua última versão (atualmente a de 2018) e deve ser utilizada classificação de risco, na sala vermelha e na observação (neste último caso pode-se acrescentar os resultados de exames laboratoriais para melhorar o alcance do protocolo).

A suspeição poderá ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde, mas a decisão da continuidade do protocolo será do médico assistente, que poderá encerrar ou dar continuidade aos passos seguintes do protocolo.

Uma vez diagnosticada a SEPSE, as condutas para o tratamento devem ser iniciadas imediatamente. Para tanto foi desenvolvida pelo ILAS a utilização de pacotes de tratamento, atualmente conhecidos por pacote de 1 hora e checkpoint de 6 horas.

Os critérios para suspeita são:

a) Diagnóstico da seps

Seps deve ser suspeitada em todos os pacientes com quadro infeccioso. A equipe multidisciplinar deve estar atenta a presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica, que definem a presença de infecção.

O paciente deve apresentar 2 ou mais critérios de SIRS:

- Temperatura central $> 37,8^{\circ}\text{C}$ ou $< 35^{\circ}\text{C}$;
- Frequência cardíaca $> 90\text{bpm}$;
- Frequência respiratória $> 20\text{ rpm}$;
- Leucócitos totais $> 12.000/\text{mm}^3$ ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou presença de $> 10\%$ de formas jovens.

E/ou pelo menos um critério de disfunção orgânica:

- Hipotensão: PAS $< 90\text{mmHg}$, sonolência, agitação ou coma
- Saturação de oxigênio $\leq 90\%$
- Necessidade de oxigênio ou dispneia

RJ



- Diurese em volume inferior a 0,5nl/kg/hora (oligúria)
- Creatinina > 2,0 mg/dl
- Lactato acima do valor de referência
- Plaquetas < 100.000mm³ ou INR >1,5
- Bilirrubina > 2 mg/dl

Nesse contexto, qualquer colaborador da assistência que identifique os critérios acima, pode comunicar o Enfermeiro e o Médico, para abertura do Protocolo de SEPSE.

b) A abertura do protocolo compreende as seguintes medidas:

- Coleta de Hemocultura periférica 2 amostras, Hemograma, Ureia, Creatinina, Glicemia, Sódio, Potássio, Calcio iônico, Magnésio, Coagulograma, TGO, TGP, PCR, Bilirrubinas totais e frações, Troponina, Gasometria arterial e Lactato Arterial, em até 30 minutos no máximo.
- Prescrever a antibioticoterapia em até 30 minutos, no máximo.
- Administrar os antibióticos, após coleta de culturas, em até 30 min após a prescrição médica (no máximo 1h após o diagnóstico).
- Reposição volêmica agressiva precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.
- Após análise dos resultados laboratoriais, o médico dá seguimento com os pacotes de 3 e 6 horas.
- Solicitar vaga na unidade de internação para internação do paciente.

5.2.3.6 Protocolo Assistencial de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória

As diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar – RCP da *American Heart Association* – AHA, são as utilizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Nessa perspectiva e considerando que a doença cardíaca ainda é a principal causa de morte, a BHCL propõe a implantação de Protocolo de Atendimento à Parada Cardiorrespiratória, conforme ACLS.

Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória

Na cadeia de sobrevivência, saber identificar corretamente a PCR e iniciar as manobras necessárias é o que irá garantir a sobrevivência do paciente.

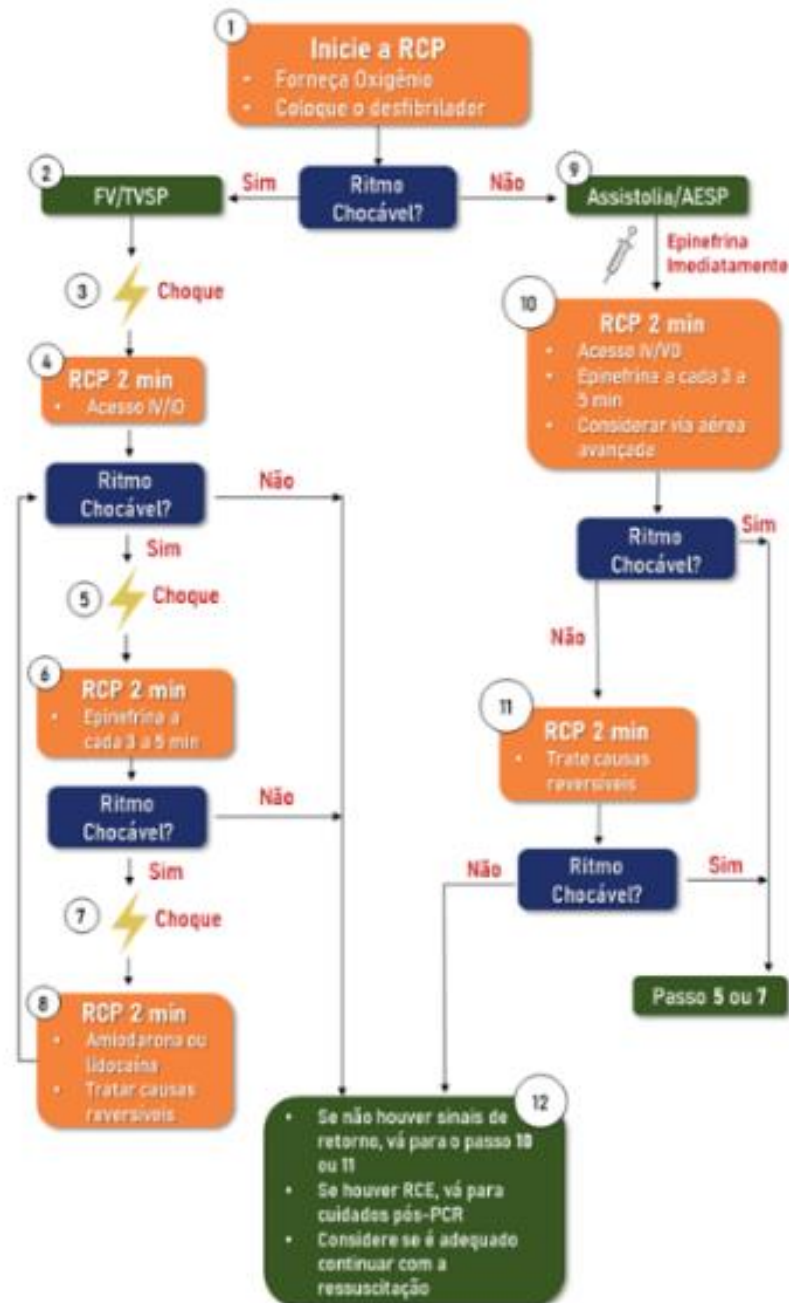
Ao identificar a PCR, deve-se:

- Acionar o médico e profissionais da unidade
- Iniciar a RCP de alta qualidade (30 compressões seguidas de 2 insuflações)

RJ

A seguir, apresentamos o algoritmo do Guideline AHA 2020.

Figura. Algoritmo para atendimento à PCR



Fonte: Guideline AHA, 2020

a) Diretrizes para a assistência

Qualidade da RCP



- Comprimir com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100ª 120/min) e aguarde o retorno total do tórax;
- Minimize interrupções nas compressões;
- Evite ventilação excessiva;
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda – se PETCO2 estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP.

Carga do Choque para Desfibrilação

- Bifásica: recomendação do fabricante (por exemplo: dose inicial de 120 a 200 joules). Se desconhecido, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- Monofásica: 360 J.

Tratamento Medicamentoso

- Dose IV/IO de epinefrina: 1mg a cada 3 a 5 minutos
- Dose IV/IO de amiodarona: primeira dose: *bolus* de 300mg. Segunda dose: 150 mg OU
- Dose IV/IO de lidocaína: primeira dose: 1 a 1,5 mg/Kg
- Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg

Via Aérea Avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

Retorno da Circulação Espontânea – RCE

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na PETCO2 (tipicamente ≥ 40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial



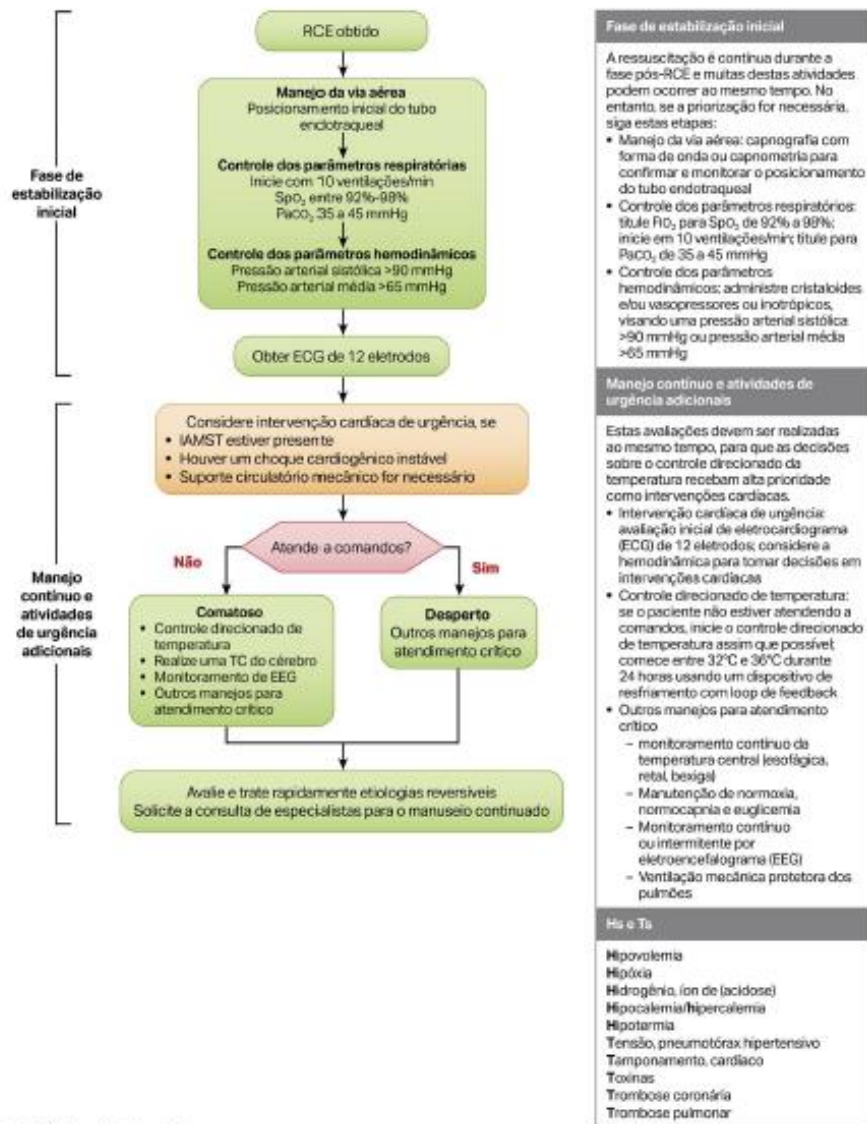
Causas Reversíveis

- **Hipovolemia**
- **Hipóxia**
- **Hidrogênio (acidemia)**
- **Hipo/hipercalemia**
- **Hipotermia**
- **Tensão do tórax por pneumotórax**
- **Tamponamento cardíaco**
- **Toxinas**
- **Trombose coronária**
- **Trombose pulmonar**

Após o retorno da circulação espontânea e estabilização do paciente, dar sequência ao atendimento pós-PCR, conforme algoritmo a seguir.

Figura. Atendimento ao paciente, pós PCR

Figura 7. Algoritmo de cuidados pós-PCR para adultos.

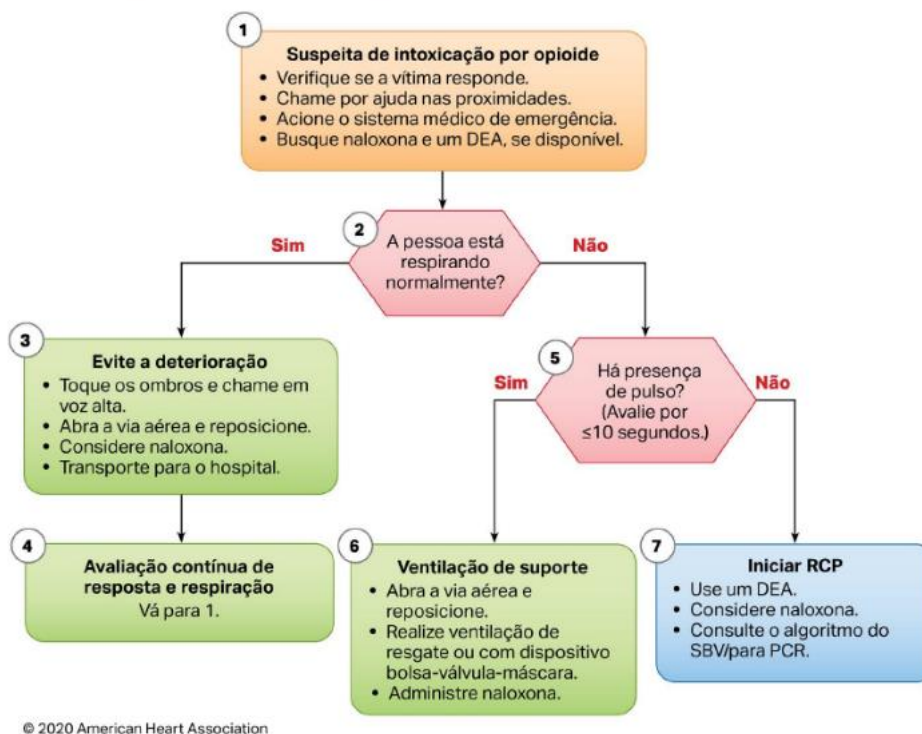


Fonte: Guideline AHA, 2020

Se houver a suspeita de uso de opioide, o atendimento deve seguir o algoritmo abaixo.

Figura. Atendimento em casos suspeitos de uso de opioide

Figura 6. Algoritmo de emergência associada a opioide para profissionais da saúde.



Fonte: Guideline AHA, 2020

5.2.3.7 Protocolo Assistencial de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória Pediátrica

As diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar em Pediatria – RCP da American Heart Association – AHA, são as utilizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Pediatria.

Nessa perspectiva e considerando que são diversas as causas da PCR em neonatos e crianças, a BHCL propõe a implantação de Protocolo de Atendimento à Parada Cardiorrespiratória, de acordo com as diretrizes do PALS, , conforme segue.

Figura. Cadeia de sobrevivência da criança, na vigência de parada cardiorrespiratória.



Fonte: Guideline AHA, 2020

Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória

Na cadeia de sobrevivência, saber identificar corretamente a PCR e iniciar as manobras necessárias é o que irá garantir a sobrevida do paciente.

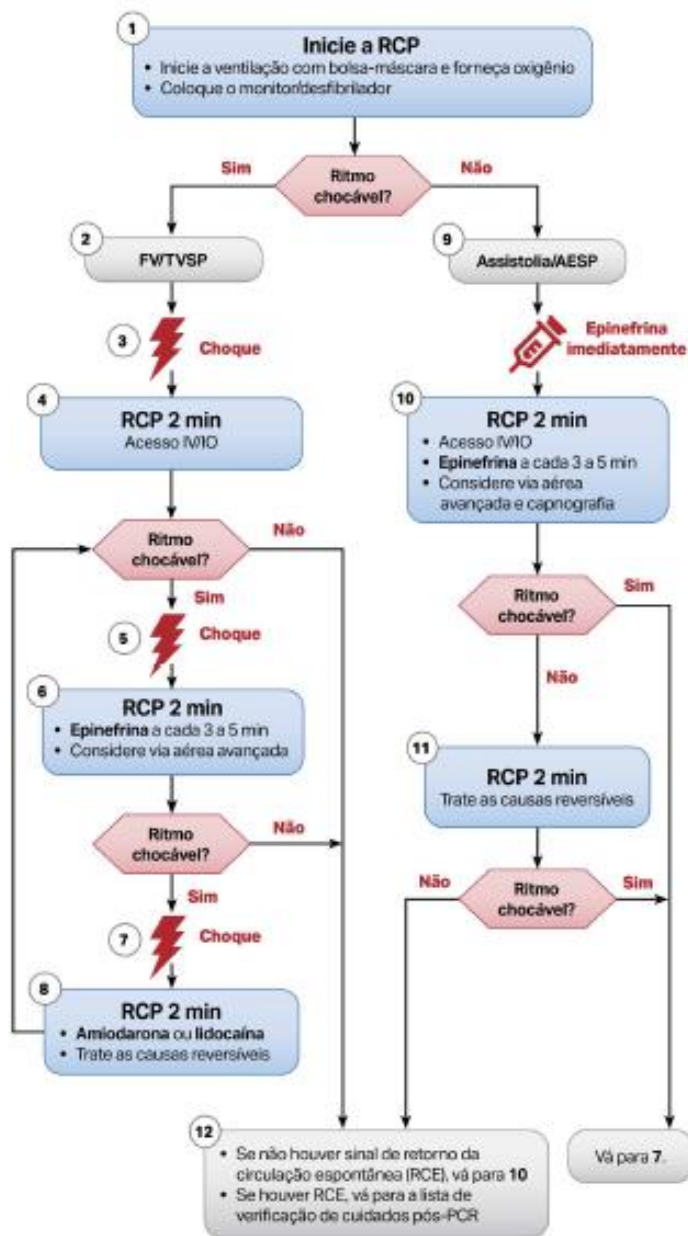
Ao identificar a PCR, deve-se:

- Acionar o médico e profissionais da unidade
- Iniciar a RCP de alta qualidade (15 compressões seguidas de 2 insuflações)

A seguir, apresentamos o algoritmo do Guideline AHA 2020.

Figura. Algoritmo de PCR Infantil

Figura 11. Algoritmo de PCR em pediatria.



Fonte: Guideline AHA, 2020

a) Diretrizes para a assistência

Qualidade da RCP

- Comprimir com força ($\geq 1/3$ do diâmetro torácico anteroposterior)) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax;
- Minimize interrupções nas compressões;



- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2.
- Se estiver com via aérea avançada, administre compressões contínuas e uma ventilação a cada 2 a 3 segundos.

Carga do Choque para Desfibrilação

- Primeiro choque 2 joules/kg
- Segundo choque 4 joules/kg
- Choques posteriores ≥ 4 joules/kg, e no máximo 10 joules/kg, ou dose para adultos.

Tratamento Medicamentoso

- Dose IV/IO de epinefrina: 0,01mg/kg (0,1mL/kg da concentração de 0,1mg/mL). Repita a cada 3 a 5 minutos. Se não tiver acesso IV, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1mg/kg (0,1mL/kg da concentração de 1mg/mL)

- Dose IV/IO de amiodarona: *bolus* de 5mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida em um total de até 3 doses para FV/TV sem pulso refratária.

OU

- Dose IV/IO de lidocaína: inicial: dose de ataque 1 mg/Kg
- Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg

Via Aérea Avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.

Causas Reversíveis

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidemia)
- Hipo/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax hipertensivo
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas

- Trombose coronária
- Trombose pulmonar

Após a estabilização do paciente, dar sequência ao atendimento pós-PCR, conforme algoritmo a seguir.

Figura. Atendimento Pós-PCR

Componentes dos cuidados pós-PCR	Verificar
Oxigenação e ventilação	
Meça a oxigenação e tenha como meta a normoxemia entre 94% e 99% (ou a saturação de oxigênio normal/adequada da criança).	☐
Meça e tenha como meta uma P _{aCO₂} adequada para o quadro subjacente do paciente e limite a exposição à hipocapnia ou hipercapnia grave.	☐
Monitorização hemodinâmica	
Defina metas hemodinâmicas específicas durante os cuidados pós-PCR e revise diariamente.	☐
Monitore com telemetria cardíaca.	☐
Monitore a pressão arterial.	☐
Monitore o lactato sérico, o débito urinário e a saturação de oxigênio venoso central para ajudar a orientar os tratamentos.	☐
Use bolus de fluidos parenterais com ou sem inotrópicos ou vasopressores para manter uma pressão arterial sistólica maior que o quinto percentil para idade e sexo.	☐
Controle direcionado da temperatura	
Meça e monitore continuamente a temperatura central.	☐
Evite e trate a febre imediatamente depois da PCR e durante o reaquecimento.	☐
Se o paciente estiver comatoso, aplique o controle direcionado de temperatura (32°C a 34°C) seguido por (36°C a 37,5°C) ou apenas controle direcionado de temperatura (36°C a 37,5°C).	☐
Evite os calafrios.	☐
Monitore a pressão arterial e trate a hipotensão durante o reaquecimento.	☐
Neuromonitoramento	
Se o paciente tiver encefalopatia e os recursos estiverem disponíveis, monitore com eletroencefalograma contínuo.	☐
Trate as convulsões.	☐
Considere exames de imagens do cérebro logo no início para diagnosticar as causas tratáveis da PCR.	☐
Eletrolitos e glicose	
Meça a glicemia e evite a hipoglicemia.	☐
Mantenha os eletrólitos nas faixas normais para evitar possíveis arritmias potencialmente fatais.	☐
Sedação	
Trate com sedativos e ansiolíticos.	☐
Prognóstico	
Sempre considere várias modalidades (clínicas e outras) em vez de um único fator preditivo.	☐
Lembre-se de que as avaliações podem ser modificadas por controle direcionado de temperatura ou por hipotermia induzida.	☐
Considere eletroencefalograma em conjunto com outros fatores no período de 7 dias depois da PCR.	☐
Considere exames de imagens neurológicas, como ressonância magnética, durante os primeiros 7 dias.	☐

Fonte: Guideline AHA, 2020



Quando a criança ou neonato estiver estabilizada deve ser encaminhada de ambulância ao hospital de Referência, para continuidade da assistência.

5.2.3.8 Protocolo Assistencial para Manejo das Vias Aéreas

A BHCL se propõe a elaborar Protocolo para manejo das Vias Aéreas, pautado nas diretrizes do ATLS.

Objetivo

Estabelecer diretrizes para o manejo bem-sucedido das vias aéreas, com alternativas para uma assistência segura e com qualidade.

Descrição

5.2.3.8.1 Via Aérea Difícil – VAD

A escolha do dispositivo e procedimento vai depender das dificuldades encontradas. Alguns métodos que podem ser utilizados, são:

- Dispositivos supra glóticos

Permitem ventilação mais eficaz que a máscara-bolsa e são de inserção rápida, em especial o tubo laríngeo ou as máscaras semirrígidas.

Porém, as desvantagens abrangem uma aspiração de secreções não tão eficaz e na ventilação mecânica se for necessário a utilização de altas pressões, há risco de vazamento.

- Cricotireoidostomia: pode ser cirúrgica ou percutânea, é o método de resgate mais rápido quando se esgotam as opções. Em trauma de face, queimadura extensa e/ou edema de glote, pode ser considerada uma primeira opção.

5.2.3.8.2 Sequência Rápida de Intubação conforme ATLS

A Sequência Rápida de Intubação (SRI) com a atualização das diretrizes do ATLS passa a ser chamada de intubação assistida por drogas. A sequência fica:

- Mantenha oxigenação passiva durante tentativas de intubação.
- A ventilação e a oxigenação são prioridades: a maior parte das paradas cardiorrespiratórias ocorrem por hipoxemia.
- A ventilação com bolsa-máscara-reservatório é a forma tradicional de suporte ventilatório e deve ser realizada no paciente com drive insatisfatório, seja antes de intubar ou

entre as tentativas. As cânulas naso e orofaríngeas podem ajudar a desobstruir a via aérea superior, melhorando a passagem do ar para a traqueia e reduzindo a insuflação gástrica.

- A pressão cricoide é tema controverso, pois se previne broncoaspiração, por outro lado prejudica passagem do TOT. Só é recomendada (com ressalvas) se houver aumento da pressão intra-abdominal, como em grávidas. Na pediatria não se recomenda mais o uso.
- Dos hipnóticos, o etomidato é aquele com maior estabilidade cardiovascular. Em pacientes com TCE e convulsão, o midazolam e o propofol têm propriedades anticonvulsivantes.
- O ATLS recomenda como bloqueador neuromuscular a succinilcolina.
- Podem ser usados guias para intubação, como o *bougie*.

5.2.3.8.3 Via Aérea Supra Glótica para Médicos e Enfermeiros

Os profissionais da saúde que atuam em diferentes cenários de urgência e emergência pré-hospitalar, devem estar preparados para o manejo das vias aéreas, em especial o médico e enfermeiro que, além de conduzirem a equipe no atendimento, são responsáveis pela garantia da via aérea pérvia.

É importante que tenham o conhecimento e traquejo para manusear diferentes dispositivos conforme a situação se apresenta.

A abordagem da via aérea supra glótica é uma classificação relativamente nova, e a garantia de sua permeabilidade compreende o uso de dispositivos como a máscara laríngea, tubo laríngeo, dentre outros. O enfermeiro pode abordar a via aérea utilizando a máscara laríngea.

Os dispositivos supra glóticos são de fácil manuseio e rápida alocação, garantido a rapidez no atendimento. Para o atendimento pré-hospitalar, o tempo é crucial.

A BHCL se propõe a adquirir o material adequado para que o profissional médico e enfermeiro tenham métodos alternativos para garantir a assistência nas situações de urgência e emergência.

5.2.3.9 Protocolo de Atendimento à Infecção do Trato Urinário – ITU na pediatria

Infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se pela invasão e multiplicação bacteriana em qualquer seguimento do aparelho urinário. É considerada a infecção bacteriana mais comum em lactentes, principalmente nos primeiros meses de vida.

Incidência



Atinge preferencialmente o sexo feminino, exceto durante o primeiro mês de vida quando predomina no sexo masculino. A infecção urinária prevalece nos primeiros anos de vida, atingindo seu pico máximo, por volta dos 3 a 4 anos de idade.

Agentes etiológicos

· *E. coli* ocorre em mais de 80% das ITU em meninas e em menos de 40% das ITU em meninos.

Proteus sp é mais frequente em meninos e está associada a presença de fimose e contaminação pelo esmegma. Pode ser causa de calculose, pois sintetiza uréase, que metaboliza ureia em CO₂ e amônia, alcalinizando a urina e formando cálculos, embora a presença de cálculo coraliforme ocorre mais frequentemente no sexo feminino

Pseudomonas aeruginosa, *Staphylococcus sp* são mais frequentes após a manipulação das vias excretoras e/ou uso de antibioticoterapia pregressa.

Klebsiella sp e *Streptococcus* do grupo B são mais frequentes em adolescentes e, nas adolescentes sexualmente ativas,

destacam-se as infecções por *Staphylococcus saprophyticus*.

Fungos, vírus e anaeróbios são outras causas de ITU.

Vias de infecção

Ascendente:

No sexo feminino as bactérias provêm do intestino grosso, deslocam-se para o introito vaginal e área periuretral e daí ascendem para o trato urinário superior.

Existem evidências que este fato ocorre também nas ITU do período neonatal. Neonatos nascidos de parto vaginal, cujas mães são portadoras de bactérias uropatogênicas no intestino, têm probabilidade de ITU 4 vezes maior.

É mais rara no sexo masculino, pela proteção que a extensão da uretra proporciona.

Hematogênica:

· Ocorre principalmente no período neonatal determinando ITU grave, que pode evoluir com sepse, com manifestações

neuroológicas, sendo que a cepa causadora de bacteremia é a mesma da ITU em 50% dos casos.

Crítérios de Inclusão da criança no protocolo

· Sintomatologia própria do trato urinário: disúria; polaciúria; tenesmo, urgência e retenção ou incontinência urinárias, associada ou não a sintomas gerais como febre, prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal e crescimento deficiente.



·Recém-nascidos

É nesta faixa etária que o diagnóstico clínico é mais difícil, uma vez que os sintomas urinários são pobres e os gerais são compatíveis com diversos quadros infecciosos, retardando o tratamento correto. Não é raro manifestar-se somente com hipoatividade, anorexia, regurgitação ou vômitos, distensão abdominal e íleo adinâmico.

- Lactentes

É comum apresentarem febre, anorexia, vômitos, crescimento deficiente e alteração do hábito intestinal. Não é raro manifestar-se com hipoatividade, distensão abdominal e íleo adinâmico.

- Pré-escolares, escolares e adolescentes

Passam a ter queixas urinárias mais específicas (disúria, polaciúria, urgência para urinar, retenção, enurese, etc.).

O médico deve realizar a anamnese, exame físico, solicitar exames de apoio ao diagnóstico necessários. Se confirmado, deve introduzir a antibioticoterapia recomendada, conforme protocolo do Ministério da Saúde e protocolo municipal.

Considerando a demora do resultado da urocultura, deve-se introduzir a antibioticoterapia precocemente e se necessário, realizar com a criança internada, principalmente neonatos.

Quadro. Protocolo de Antibiótico

Antimicrobiano	Dose
Cefuroxime	20-40mg/kg/dia, dividido em 3 doses
Amoxicilina + Ácido Clavulânico	40 mg/kg/dia, dividido em 3 doses
Ciproflaxacina	20-30 mg/kg/dia, dividido em 2 doses
Ceftriaxone	75 mg/kg/dia, em 1-2 doses, IM ou IV
Amicacina	15 mg/kg/dia, em 1-3 doses, IM ou IV

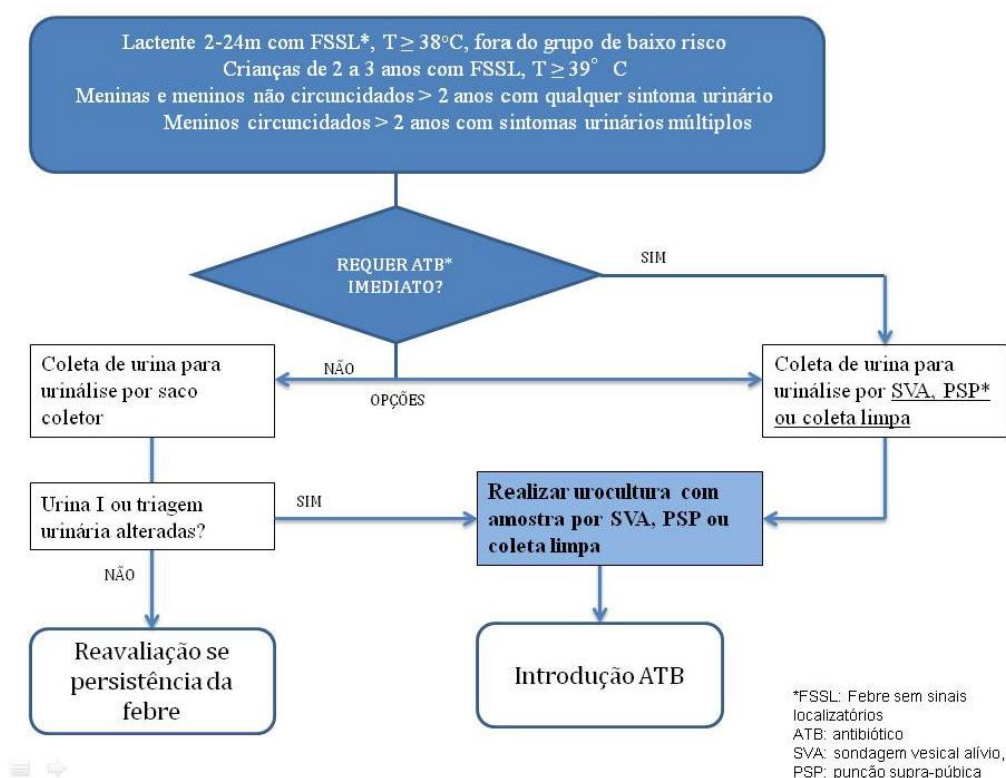
Casos mais graves devem ser encaminhados para internação, para o Hospital de referência.

Indicações de internação

- Necessidade de hidratação intravenosa

- Comprometimento do estado geral
- Ausência de seguimento ambulatorial adequado
- Falha em responder à terapia ambulatorial
- Intolerância ao tratamento ambulatorial
- Médico ou família desconfortável com o manejo ambulatorial

Fluxo. Fluxograma de atendimento à ITU



5.2.3.10 Protocolo de Atendimento à Insuficiência Respiratória Aguda

Definição

Síndrome Respiratória Aguda Grava- SRAG: indivíduo com síndrome gripal e **que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:**

- Saturação de SpO₂ < 95% em ar ambiente;
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória (considerar fator idade);
- Piora nas condições clínicas de doença de base;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente;
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante período sazonal.

Observação: em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado das seguintes alterações laboratoriais e radiológicas:

- **Alterações laboratoriais:** Hemograma (leucocitose, leucopenia ou neutrofilia); bioquímica: alterações enzimáticas, CPK, TGO, TGP, bilirrubinas).
- **Raios-X de tórax:** infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

Complicações

A evolução com complicações abrange a pneumonia bacteriana, sinusite, otite, desidratação, piora de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, asma ou diabetes, pneumonia primária por influenza.

Sinais de agravamento

- Presença de dispneia ou taquipneia (acima de 20 irpm) ou hipoxemia, com SpO₂ < 95%;
- Persistência e/ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno da febre após 48 horas afebril;
- Presença de confusão mental, letargia e sonolência;
- Hipotensão arterial (considerar parâmetros de acordo com a faixa etária e faixa de normalidade)
- Diurese em volume inferior a 400 ml em 24 horas;
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;
- Desidratação;
- Exacerbação de doença preexistente como: DPOC, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica.
- Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
- Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL;

Sinais de Agravamento na criança

- Persistência ou retorno da febre;

RJ



- Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/ subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome);
- Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente);
- Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar);
- Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores);
- Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores);
- Palidez cutânea e hipoxemia (SpO₂);
- Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

Manejo Clínico

- Suporte sintomático para dor, febre, mal-estar;
- Hidratação;
- Oseltamivir (tamiflu) deve-se utilizar nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, de preferência;
- Suporte ventilatório para pacientes que evoluírem com SRAG;
- Considerar antibioticoterapia se o paciente apresentar sinais de pneumonia bacteriana secundária.

Pacientes com Síndrome Gripal e Fatores de Risco para complicações

- Condições e fatores de Risco para complicações:
- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos ≥ 60 anos;
- Crianças < 5 anos;
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- Pneumopatia (incluindo asma), cardiopatia, nefropatia, distúrbios metabólicos, neurológicos e hematológicos, imunossupressão e obesidade.

Constatada Insuficiência Respiratória Aguda, iniciar protocolo:



- Indicar internação hospitalar, solicitando vaga no hospital de referência;
- Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigenoterapia, e manter monitoramento clínico;
- Avaliação inicial deve incluir no mínimo aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar), exame cardiorrespiratório e oximetria de pulso; esta avaliação deve ser frequente (de 2 a 4 verificações no período de 4 horas);
- Deve ser estabelecido no prazo de 4 horas a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Iniciar imediatamente o tratamento com o fosfato de oseltamivir após a suspeita clínica;
- Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.

5.2.3.11 Proposta de Protocolo para Urgências Obstétricas do Hospital Estadual de Jataí

Objetivo Geral

O objetivo deste protocolo é padronizar o atendimento em situações de urgência obstétrica no Hospital Estadual de Jataí, visando a segurança da mãe e do bebê, além de garantir agilidade, eficiência e humanização na assistência. Este protocolo abrange desde a triagem e diagnóstico inicial até o tratamento e encaminhamento para o pós-parto imediato, buscando prevenir complicações e melhorar os desfechos materno-fetais.

Fluxo e Organização do Atendimento em Urgências Obstétricas

1. Composição da Equipe

- **Médico Obstetra:** Responsável pelo diagnóstico, conduta e realização de procedimentos obstétricos (parto, cesárea, etc.).
- **Enfermeiro Obstétrico:** Responsável pela avaliação inicial, monitoramento e coordenação da equipe de enfermagem.
- **Equipe de Enfermagem:** Executa procedimentos como administração de medicamentos, monitoramento de sinais vitais e cuidados pós-parto.
- **Pediatra/Neonatologista:** Responsável pela avaliação e cuidados imediatos com o recém-nascido, especialmente em situações de risco ou emergenciais.



- **Anestesiologista:** Prepara e realiza anestesia, quando indicada, em casos de cirurgia emergencial ou analgesia de parto.

2. Fluxo de Atendimento

- **Triagem Inicial:** A triagem de todas as gestantes que chegam à emergência será realizada pela equipe de enfermagem, com prioridade para casos com sinais de risco.
- **Classificação de Risco:** O Protocolo de Manchester adaptado para obstetrícia será utilizado para priorizar o atendimento. Casos de emergência, como pré-eclâmpsia grave, trabalho de parto prematuro e hemorragias, devem ser imediatamente encaminhados ao obstetra de plantão.
- **Atendimento Emergencial:** Pacientes identificadas como casos de emergência obstétrica devem receber atenção imediata e direcionamento à sala de parto ou centro cirúrgico, conforme a necessidade.

Situações de Emergência e Condutas

1. Hemorragias Obstétricas

- **Diagnóstico:** Hemorragias no final da gestação podem estar associadas a condições como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura uterina. A avaliação imediata deve incluir exame físico, monitoramento fetal e ultrassonografia.
- **Conduta:**
 - Manter monitoramento contínuo dos sinais vitais maternos e fetais.
 - Iniciar reposição volêmica com cristaloides ou sangue, conforme a necessidade.
 - Preparar a paciente para intervenção cirúrgica, caso necessário (cesárea emergencial).
 - Administração de uterotônicos em casos de hemorragia pós-parto (oxitocina, misoprostol, metilergometrina).

2. Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

- **Diagnóstico:** A pré-eclâmpsia caracteriza-se por hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg), proteinúria e sinais de alerta como cefaleia, alterações visuais, dor epigástrica ou torácica, e aumento dos reflexos tendinosos profundos. A eclâmpsia é definida pela ocorrência de convulsões.
- **Conduta:**
 - **Pré-eclâmpsia:** Controle rigoroso da pressão arterial com anti-hipertensivos de escolha (hidralazina, labetalol), manter repouso e monitoramento contínuo.
 - **Eclâmpsia:** Administração imediata de sulfato de magnésio para controle das convulsões, além de estabilização com anti-hipertensivos.



- o Avaliar a necessidade de interrupção da gestação por via vaginal ou cesárea, conforme a gravidade.

3. Trabalho de Parto Prematuro

- **Diagnóstico:** Contrações uterinas regulares com dilatação cervical antes de 37 semanas de gestação. Pode estar associado à rotura prematura de membranas.
- **Conduta:**
 - o Realizar a cardiotocografia para avaliar contrações uterinas e o bem-estar fetal.
 - o Administrar corticoides para acelerar a maturação pulmonar fetal (betametasona ou dexametasona).
 - o Considerar o uso de tocolíticos para inibir contrações uterinas, se indicado.
 - o Internação para monitoramento e avaliação de sinais de infecção ou sofrimento fetal.

4. Rotura Prematura de Membranas (RPM)

- **Diagnóstico:** Identificação de perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto, diagnosticada clinicamente ou por exame de amnisure, ultrassom ou nitrazina.
- **Conduta:**
 - o Monitorar sinais vitais maternos e sinais de infecção (febre, leucocitose) e sofrimento fetal.
 - o Internação para monitoramento contínuo e avaliação da viabilidade fetal.
 - o Administração de antibióticos profiláticos para prevenir corioamnionite e indução do parto, caso necessário.

5. Prolapso de Cordão Umbilical

- **Diagnóstico:** Evidência de prolapso de cordão durante o exame vaginal ou visualização direta.
- **Conduta:**
 - o Colocar a paciente em posição de Trendelenburg ou decúbito lateral para alívio da compressão do cordão.
 - o Manter o cordão elevado até a realização da cesárea emergencial.
 - o A equipe deve agir rapidamente para encaminhar a paciente ao centro cirúrgico e realizar o parto o mais rápido possível.

Preparo para Parto Emergencial

1. Parto Vaginal

- **Indicações:** O parto vaginal de emergência é realizado em situações em que o nascimento é iminente e há boas condições maternas e fetais.

RJ



- **Conduta:**

- o A equipe de enfermagem deve preparar rapidamente o ambiente, monitorar continuamente a frequência cardíaca fetal (FCF) e sinais vitais maternos.
- o Garantir a presença de um neonatologista/pediatra na sala de parto para atendimento imediato ao recém-nascido.

2. Cesárea Emergencial

- **Indicações:** A cesárea de urgência deve ser realizada em casos de sofrimento fetal, descolamento prematuro de placenta, prolapso de cordão ou outras condições que ponham em risco a vida materno-fetal.
- **Conduta:**
 - o A equipe de enfermagem e o anestesista devem preparar a paciente para a cesariana, com rápida antissepsia, tricotomia e inserção de cateter venoso.
 - o A equipe médica deverá proceder com a intervenção cirúrgica o mais rapidamente possível, com atenção ao controle de hemorragias e à estabilização hemodinâmica da paciente.

Pós-parto Imediato em Situações de Emergência

1. Monitoramento Materno

- **Sinais Vitais:** No pós-parto imediato, a paciente deve ter seus sinais vitais monitorados rigorosamente, com atenção especial ao controle de sangramento e da contração uterina.
- **Complicações:** Em caso de hemorragia pós-parto, a equipe deve agir prontamente, realizando massagem uterina, administração de uterotônicos e, se necessário, transfusão sanguínea.

2. Cuidados Neonatais

- **Avaliação do Recém-nascido:** O pediatra/neonatologista deve realizar a avaliação do recém-nascido de acordo com o índice de Apgar, além de iniciar imediatamente as manobras de reanimação neonatal, caso necessário.
- **Cuidados Pós-reanimação:** Manter o monitoramento do neonato em ambiente adequado, assegurando a estabilização cardiorrespiratória e a termorregulação.

Controle de Infecção e Higienização

1. Higienização das Mãos e Uso de EPIs

- Toda a equipe envolvida no atendimento obstétrico deve seguir protocolos rigorosos de higienização das mãos e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), especialmente em procedimentos invasivos e no manejo de fluidos corporais.



2. Antissepsia Pré-cirúrgica

- Nos casos de cesariana emergencial, deve-se seguir o protocolo de antissepsia adequado, utilizando soluções apropriadas como clorexidina ou povidine, conforme indicado.

Comunicação e Registro de Dados

1. Comunicação entre Equipe

- A comunicação entre os membros da equipe (obstetra, anestesista, enfermeiros, pediatra/neonatalogista) deve ser clara e objetiva, especialmente em casos de emergência. Qualquer alteração no quadro materno ou fetal deve ser comunicada imediatamente.

2. Registro no Prontuário

- Todo o atendimento prestado, incluindo medicações administradas, intervenções realizadas e evolução materno-fetal, deve ser documentado detalhadamente no prontuário da paciente.

Educação e Treinamento Contínuo

- A equipe de saúde envolvida no atendimento de urgências obstétricas deve participar de treinamentos periódicos sobre protocolos de emergência, reanimação neonatal, manejo de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e controle de hemorragias obstétricas.

Este protocolo geral de urgências obstétricas irá garantir uma abordagem padronizada e eficiente para o atendimento das principais emergências obstétricas. O cumprimento rigoroso das diretrizes estabelecidas é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar materno-fetal, prevenindo complicações e assegurando um atendimento de alta qualidade.

5.2.4 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospitais dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos

Os demais protocolos estão descritos no Manual de Protocolos Médicos, elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 11, Anexo 12 e Anexo 13.**



O parecer CFM nº 09/2003 do Conselho Federal de Medicina (CFM) trata do período de sobreaviso como jornada de trabalho efetiva. O parecer estabelece que:

- O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade ou das proximidades do hospital.
- O médico deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, levando em conta as condições de trânsito e distância.
- O médico deve estar alcançável por telefone ou outro meio de comunicação.

O coordenador será responsável por apresentar a escala diária dos plantonistas de sobreaviso, bem como forma de contato.

O médico plantonista do hospital só deve acionar o plantonista de sobreaviso com a liberação do coordenador da unidade ou do diretor técnico.

5.2.5 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios

As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de garantir, de forma progressiva e planejada a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, oferecidos pelos Hospitais de Ensino, mediante a atuação Inter profissional para a proteção e o desenvolvimento da autonomia da população usuária. Também, nota-se a necessidade de promover a melhoria na condução dos serviços de saúde, por meio da gestão qualificada e da integração dos Hospitais de Ensino às demais ações e serviços do SUS.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho é uma instituição pública que promete estar à frente de seu tempo, oferecendo o que há de mais avançado em tecnologia e assistência em média e alta complexidade. Como tal, deve se tornar um dos melhores centros para formação de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, que pretendam atuar nessa área.

Considerando as premissas acima, a BHCL ressalta a intenção de firmar parcerias com Instituições de Ensino, e estabelecer os requisitos para a certificação deste Hospital como de



Ensino, conforme descrito em Portaria Interministerial 2.400 de 2007, na assunção desta unidade.

A seguir, apresentamos proposta para termo de convênio.

Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências médica e multiprofissional

Termo de Convênio de Cooperação Técnica com Entidades de Ensino

Convênio de Cooperação Técnica com entidades de ensino, para desenvolvimento de estágio, que entre si celebram a BHCL e (Entidade)

Cláusula Primeira – Do Objeto

O presente convênio tem como objeto a conjugação de esforços acadêmicos, técnicos e científicos dos partícipes para a realização de atividades de ensino, pesquisa, extensão e desenvolvimento institucional, bem como para a realização de estágios curriculares, treinamentos em serviço e residências médica e multiprofissional, visando coordenar e garantir o cenário de prática institucional para o desenvolvimento das ações de ensino, pesquisa e extensão, aos residentes e alunos dos diversos cursos da área de saúde de instituições de ensino parceiras.

Cláusula Segunda – Do Fundamento Legal

I. Este instrumento tem fundamento na Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, Lei Orgânica nº 8080 de 1990, Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, alterada pela Lei 14.621 de 14 de julho de 2023, Resolução CNE/CES 3/2014 - 20 de junho de 2014, os quais orientam que todo espaço ou serviço sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) poderá ser disponibilizado como campo de estágios e atividades para desenvolvimento de cursos de graduação, pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em saúde.

II. Fixa normas para concessão de campo de atuação para a prática de estágios em saúde obrigatórios e aulas práticas nas unidades da rede da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás por meio do termo de cooperação técnica. Essas atividades são fundamentais para qualificação da atenção à saúde oferecida aos usuários do SUS.

III. Considera-se como "Estágio Curricular Obrigatório", de acordo com o disposto no Art. 1º da Lei 11.788, o ato educativo escolar supervisionado e, conforme artigo 2º da Lei 11.788, §1º definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para a aprovação e obtenção de diploma.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

IV. O termo de compromisso de estágio ficará vinculado ao presente convênio e terá por finalidade particularizar a relação jurídica especial existente entre o estagiário e a Secretaria de Estado da Saúde, constituindo-se assim em comprovante legal de que o estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre as partes, desde que observados os requisitos do Art. 3º da Lei 11.788/2008

V. Considera-se que os programas de residência médica e multiprofissional devem ser ligados, respectivamente, à Comissão de Residência Médica (COREME) e à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) organizadas pela instituição proponente. São estes órgãos colegiados, encarregados pelo planejamento, coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento das Residências em Saúde, de acordo com a Resolução CNRMS Nº 1, de 21 de julho de 2015 e a Resolução CNRM Nº 2, de 03 de julho de 2013.

VI. Poderá ser concedido campo de atuação para prática de estágio obrigatório e aulas práticas relativos a cursos técnicos ou profissionalizantes, graduação, pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu) e Residências Médica e Multiprofissional de Instituições de Ensino (IE) públicas ou privadas reconhecidas e aprovadas pelo Ministério da Educação ou Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), em conformidade com as normas estabelecidas na legislação vigente.

VII. A formalização do acordo entre a Secretaria de Estado da Saúde/GO, e a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL e as instituições de ensino pessoa jurídica de direito público e privado deverá ser realizada por meio de convênio de cooperação técnica.

Cláusula Terceira – Do Regime de Cooperação Mútua

São obrigações de ambas as partes:

I. Fica acordado entre as convenientes que, mediante disponibilidade pré-determinadas, os espaços físicos de ambas as instituições poderão ser utilizados para concessão do objeto deste termo de cooperação.

II. A primeira e a segunda conveniente se propõem a colocar, de acordo com as suas possibilidades, os seus espaços físicos destinados ao ensino, áreas assistenciais, equipamentos, pessoal técnico e suas bibliotecas à disposição dos alunos, residentes, professores/preceptores e pesquisadores envolvidos nos projetos de acordo com os termos aditivos, permitindo que estes executem em conjunto os projetos desenvolvidos pelos partícipes.

III. Elaborar o plano de trabalho relativo aos objetivos deste termo;

IV. Executar as ações objeto deste termo, assim como monitorar os resultados;

V. Ficam responsáveis pela escolha e indicação de profissional da saúde que fará interface com o preceptor da IE para acompanhar os estagiários quando de sua prática no serviço, na modalidade obrigatório que inclui graduação, Internato, Optativo e Residências;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- VI. Responsabilizar-se por quaisquer danos porventura causados, dolosa ou culposamente, por seus colaboradores, servidores ou prepostos, ao patrimônio da outra parte, quando da execução deste termo;
- VII. Analisar resultados parciais, reformulando metas quando necessário ao atingimento do resultado;
- VIII. Cumprir as atribuições próprias conforme definido no instrumento;
- IX. Realizar vistorias em conjunto, quando necessário;
- X. Ocupar os campos de prática de estágio obrigatório e/ou residências às IE interessadas, seja para cursos técnicos e superior lato sensu ou stricto sensu;
- XI. A primeira e a segunda conveniente poderão ainda, na medida de suas responsabilidades:
 - a. Participar de programas específicos de treinamento voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
 - b. Permitir visitas técnicas sob supervisão com critérios estabelecidos pelas necessidades em saúde observadas nos espaços ou serviços sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- XII. Manter sigilo das informações sensíveis (A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018) obtidas em razão da execução do convênio, somente divulgando-as se houver expressa autorização dos partícipes; e
- XIII. Obedecer às restrições legais relativas à propriedade intelectual, se for o caso.

Parágrafo único. As partes concordam em oferecer, em regime de colaboração mútua, todas as facilidades para a execução do presente instrumento de convênio, de modo a, no limite de suas possibilidades, não faltarem recursos humanos, materiais e instalações, conforme as exigências do plano de trabalho.

Cláusula Quarta – Do Plano de Trabalho

Para o alcance do objeto pactuado, os partícipes obrigam-se a cumprir o plano de trabalho que, independentemente de transcrição, é parte integrante e indissociável do presente convênio de cooperação técnica, bem como toda documentação técnica que dele resulte, cujos dados neles contidos acatam os partícipes.

Cláusula Quinta – Das Obrigações da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Respeitada a legislação pertinente, compete a conveniente definir e viabilizar os meios necessários para atingir o objeto do presente instrumento, observando o disposto neste convênio, mormente as responsabilidades abaixo discriminadas:

- I. Compor núcleo ou centro de educação permanente em saúde que atuará na organização e monitoramento das ações de educação em saúde em consonância com a legislação vigente.
- II. Construir conjuntamente com a Instituição de Ensino – IE, plano de trabalho - modelo padrão instituído ou aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), e envio após

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

assinatura das partes envolvidas para validação pela direção geral do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

III. Conceder estágio para cursos técnico de técnico de enfermagem e radiologia e estágio para graduação em nutrição, psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, bucomaxilo e medicina.

IV. Designar vagas para estágios obrigatórios nos turnos matutino, vespertino e noturno de segunda a domingo.

V. Implantar uma Comissão de Residência médica (COREME) e uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

VI. Conceder as vagas de residência médica, em número suficiente e considerando que se deve dispor 05 (cinco) leitos para cada residente, bem como, possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;

VII. Dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;

VIII. Solicitar à COREME para designar a Comissão de Preceptores, para que elaborem Relatório de Inspeção Prévia, com objetivo de reconhecimento da Instituição para efeito de Convênio, em comum acordo com as partes convenientes;

IX. Realizar o cadastro do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho no Sistema Nacional de Residência Médica (CNRM) com intuito de realizar o credenciamento provisório de residência médica em cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, medicina intensiva, anestesiologia, cardiologia, clínica médica, geriatria, neurologia e cirurgia do trauma.

X. Realizar cadastro do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho na Comissão de Residência Médica (COREMU) com o objetivo de implementar residência de nutrição, psicologia e bucomaxilo.

XI. Realizar o cadastro do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho no Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências (SIGRESIDÊNCIAS) com intuito de concorrer a bolsas de residências financiadas pelo Ministério da Saúde.

XII. Disponibilizar campo de estágio para instituições de residência médica nas áreas de: cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, medicina intensiva, anestesiologia, clínica médica, pediatria, saúde mental e obstetrícia com vagas para atender a residentes ano e receber residentes das áreas de residência multiprofissionais tais como: enfermagem, nutrição, psicologia e Bucomaxilo.

XIII. Elaborar e homologar junto ao setor de qualidade todos os documentos pertinentes à realização de estágios curriculares, treinamentos em serviço e residências responsabilizando-se pela fidedignidade das informações em instruções normativas.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

XIV. Avaliar as solicitações de estágio e emitir parecer.

XV. Conceder estágio, de acordo com as disposições deste convênio de cooperação técnica, nos termos da legislação vigente conforme disponibilidade de vagas e aprovação solicitação de campo de estágio e termos de compromisso de estágio, observando a correlação direta com área de formação escolar do estagiário ou residente.

XVI. Emitir a identificação (crachá) de alunos e residentes, contendo nome completo, foto e função/cargo do portador, com o nome do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, e o prazo de validade do crachá (compreendendo a data de início e término das atividades de estágio), bem como, quando por demanda da área a que se destina a atividade de ensino, treinamento, pesquisa ou extensão o uso de bata/jaleco da IE.

XVII. Incumbir-se de acompanhar e monitorar o desenvolvimento das atividades de ensino (aulas teóricas e práticas), por meio da coordenação pedagógica do núcleo ou centro de educação permanente em saúde e manter a interlocução permanente com IE.

XVIII. Manter os serviços em condições de funcionamento que permitam o pleno desenvolvimento das atividades práticas de graduação e pós-graduação, de acordo com a capacidade instalada e as necessidades do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

XIX. Zelar pelo equilíbrio das relações pessoais entre o corpo clínico e demais colaboradores do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, SES/GO e discentes das Instituições de Ensino.

XX. Estabelecer com as instituições de ensino contrapartidas, as quais serão destinadas à melhoria da prestação de serviço, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias do início do semestre letivo vigente, no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho ou aplicadas para a implementação de projetos estratégicos na área de educação permanente da Secretaria de Estado da Saúde/GO.

XXI. Dimensionar a contrapartida dos campos de estágio pela IE considerando o número de alunos, a quantidade de horas do estágio e aulas práticas que cada aluno realizar nas dependências do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

XXII. Promover abertura de Programas de Residências de acordo com critérios estabelecidos pelas necessidades em saúde observadas nos espaços ou serviços sob a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

§1º. Deverá, a conveniente, assegurar-se de que todas as pessoas que forem designadas para trabalhar no projeto e atividades concernentes ao presente acordo, conheçam e aceitem todas as condições aqui estabelecidas mediante assinatura de Termo de Compromisso.

§2º. Para os termos que seguem: Este instrumento poderá ser alterado, em qualquer cláusula, mediante anuência de ambas as partes, por termo aditivo.



Cláusula Sexta – Das Obrigações do Estagiário e/ou Residente

- I. Respeitar a individualidade e a dignidade, de cada pessoa assistida, independentemente de seu grupo social, etnia, nacionalidade e convicção religiosa, política ou filosófica. É dever do estagiário ser respeitoso no trato com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), familiares e visitas;
- II. Assinar o termo de compromisso para realização de estágio, do qual deverá constar o número da apólice de seguro de vida contra acidentes pessoais, também será vetada a entrada do aluno que não fizer a entrega do termo no prazo estabelecido e com apólice vencida;
- III. Identificar-se na recepção, portando o crachá certificado/validado pela coordenação pedagógica do núcleo ou centro de educação permanente em saúde;
- IV. Não utilizar adornos (brincos grandes ou compridos, anéis, pulseiras ou acessórios que possam causar problemas aos movimentos ou interferir em equipamentos) conforme Norma Regulamentadora Nº 32 (NR32).
- V. Os estagiários dos cursos da área de saúde deverão adquirir e utilizar preferencialmente o material de trabalho de uso e propriedade pessoais: termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, caneta e caderneta para anotações, para prática diária nas Unidades da Secretaria de Estado da Saúde/GO, realizando assepsia adequada entre um atendimento e outro;
- VI. Desenvolver, obrigatoriamente, as atividades planejadas e descritas no termo de compromisso de estágio, sob supervisão presencial do respectivo professor supervisor de estágio nos setores estabelecidos para estágio supervisionado obrigatório nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde/GO;
- VII. Cumprir carga horária de estágio sempre em compatibilidade com o horário escolar e com o funcionamento da Unidade Concedente da Secretaria de Estado da Saúde/GO. A carga horária do estagiário deverá seguir escala pré-determinada pelo professor supervisor de estágio obrigatório;
- VIII. Permanecer nas dependências da Unidade da Secretaria de Estado da Saúde/GO somente com a presença do professor supervisor de estágios, não sendo permitida sua permanência fora do horário de estágio.
- IX. Obedecer às Normas de Biossegurança estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde/GO, apresentando-se no local de estágio e aulas práticas, adequadamente vestidos e portando crachá, de forma que sejam identificados e conduzir-se dentro da ética profissional, assumindo postura de respeito, moralidade e decência.
- X. Zelar pela integridade dos recursos permanentes existentes nas unidades da Secretaria de Estado da Saúde/GO.



XI. Em caso de Acidente de Trabalho, nas dependências do Hospital comunicar imediatamente o respectivo Professor Supervisor de Estágios e a chefia do setor, para preenchimento da ficha de notificação de acidente e encaminhamento para a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (CCIRAS). Após seguir o fluxo do hospital deverá seguir o fluxo da IE.

Cláusula Sétima – Plano de Gestão Financeira dos Recursos

Por este termo de cooperação não haverá, neste momento, transferência de recursos financeiros entre os entes contratantes.

Cláusula Oitava – Dos Recursos Humanos

Os recursos humanos utilizados por quaisquer dos convenientes, em decorrência das atividades inerentes ao presente convênio, não sofrerão alteração na sua vinculação nem acarretarão quaisquer ônus ao outro conveniente. As atividades não implicarão cessão de servidores, que poderão ser designados apenas para o desempenho de ação específica prevista no acordo e por prazo determinado.

Parágrafo único. Caberá a cada parte do acordo a responsabilidade pela condução, coordenação e remuneração de seu pessoal, e por administrar e arquivar toda a documentação comprobatória da regularidade na contratação.

Cláusula Nona – Do Prazo e da Vigência

A vigência do convênio de cooperação entre a Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL e a Secretaria de Estado da Saúde/GO, por intermédio da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, terá prazo conforme contrato de gestão referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, localizado na R. Joaquim Caetano, 1876 - Divino Espírito Santo, Jataí, 75805-020, no Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria De Estado Da Saúde e Beneficência Hospitalar de Cesário Lange - BHCL. Com prazo de vigência previsto de 03 (três) anos, segundo avaliação do órgão contratante, tendo por termo inicial o dia subsequente ao da publicação do seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

Parágrafo único. O prazo pactuado poderá ser prorrogado, mediante a celebração de Termo Aditivo, em consonância com o disposto nos §§ 2º e 3º, do artigo 57, da Lei 8.666/93.

Cláusula Dez – Da Rescisão

Poderá haver cancelamento do convênio de cooperação a qualquer tempo por interesse de qualquer uma das partes, sendo obrigatória a comunicação com antecedência de 45 (quarenta e cinco) dias.

Cláusula Onze – Das Alterações



Quaisquer alterações das condições estabelecidas neste acordo somente poderão ocorrer mediante a celebração de Termo Aditivo. A proposta de alteração, devidamente justificada, deverá ser apresentada por escrito, dentro da vigência do instrumento. É vedado o aditamento do presente convênio com o intuito de alterar o seu objeto, sob pena de nulidade o ato e responsabilidade do agente que o praticou.

Cláusula Doze – Do Foro

Fica eleito o foro de Goiânia, para dirimir questões oriundas do presente convênio de cooperação técnica.

5.2.6 Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular

A titulação de stricto sensu na área de gestão dos membros da Diretoria e Gerência estão apresentadas em **Anexo 14**.

5.2.7 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico

5.2.7. 1 Proposta de Protocolo Geral de Enfermagem do Hospital Estadual de Jataí
Objetivo Geral

Este protocolo de enfermagem tem como objetivo padronizar as atividades e rotinas da equipe de enfermagem em todas as áreas do Hospital Estadual de Jataí. O intuito é garantir assistência segura, humanizada e de qualidade, seguindo as diretrizes éticas e técnicas da profissão, com foco na promoção, recuperação e manutenção da saúde dos pacientes.

Organização da Equipe de Enfermagem

1. Estrutura da Equipe

- A equipe de enfermagem é composta por **enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem**.



- Cada setor do hospital (unidades de internação, UTI, pronto-socorro, centro cirúrgico, ambulatório) possui uma equipe de enfermagem designada, de acordo com a demanda assistencial.
- **Enfermeiros responsáveis** serão designados para cada turno e setor, garantindo a supervisão e coordenação das atividades assistenciais.

2. Turnos e Escalas

- O hospital funciona 24 horas por dia, com escalas de plantão organizadas em turnos de 12 horas (diurno e noturno).
- A escala de plantão deve garantir a presença mínima de um enfermeiro em cada setor, além de uma quantidade adequada de técnicos e auxiliares de enfermagem conforme a demanda de cada área.

Atividades e Procedimentos da Enfermagem

1. Admissão do Paciente

- **Recepção e acolhimento:** O paciente deve ser acolhido de maneira humanizada pela equipe de enfermagem, sendo realizadas orientações iniciais sobre a rotina hospitalar e os direitos do paciente.
- **Avaliação inicial:** É de responsabilidade da enfermagem realizar a avaliação inicial do paciente, incluindo sinais vitais, identificação de necessidades imediatas e anamnese de enfermagem.
- **Registro no prontuário:** Todos os dados colhidos durante a admissão devem ser registrados no prontuário do paciente, incluindo o estado geral e orientações médicas iniciais.

2. Administração de Medicamentos

- **Verificação de prescrição médica:** Toda medicação deve ser conferida e administrada conforme a prescrição médica. A dupla checagem deve ser realizada em medicamentos de alta vigilância.
- **Segurança na administração:** Os profissionais de enfermagem devem seguir os "6 certos" da administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, documentação certa).
- **Registro de medicamentos:** Após a administração, é obrigatório o registro no prontuário, com observações sobre possíveis reações adversas.

RJ



3. Cuidados com Sinais Vitais

- A **verificação de sinais vitais** (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio) deve ser realizada de acordo com a rotina estabelecida para cada setor (geralmente a cada 6 horas nas enfermarias e de forma contínua na UTI).
- Alterações nos sinais vitais devem ser imediatamente comunicadas ao enfermeiro responsável e ao médico.

4. Higiene e Conforto do Paciente

- **Banho no leito ou de aspersão** deve ser realizado diariamente ou conforme a necessidade do paciente, com atenção especial à higiene íntima e à troca de fraldas e roupas de cama.
- Pacientes acamados devem ser mobilizados regularmente para evitar úlceras por pressão, com mudanças de decúbito a cada 2 horas ou conforme o protocolo específico da unidade.

5. Cuidados com Feridas e Curativos

- Os curativos devem ser realizados de acordo com a prescrição médica e os protocolos de controle de infecção.
- A técnica de curativo deve seguir rigorosamente as normas de **asepsia** e **antisepsia**, evitando contaminações cruzadas.
- Registros detalhados sobre a evolução da ferida e troca de curativos devem ser feitos no prontuário.

6. Manutenção de Dispositivos

- A equipe de enfermagem é responsável pela correta instalação, manutenção e monitoramento de dispositivos invasivos, como cateteres venosos, sondas vesicais, drenos e traqueostomias.
- A troca e higienização desses dispositivos seguem protocolos específicos, com atenção redobrada para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

7. Nutrição e Hidratação



- **Alimentação oral:** A administração de dieta oral deve ser feita conforme as recomendações nutricionais e a prescrição médica.
- **Nutrição enteral ou parenteral:** A equipe de enfermagem será responsável pela administração de dietas enterais e pela monitorização contínua dos pacientes em uso de nutrição parenteral, conforme prescrição médica e protocolos de segurança.
- A hidratação adequada deve ser garantida, seja por via oral ou venosa, com monitoramento rigoroso do balanço hídrico (entrada e saída de líquidos).

Rotinas Específicas por Setor

1. Unidades de Internação

- **Cuidados de enfermagem gerais:** Administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, higiene e conforto dos pacientes.
- **Acompanhamento clínico diário:** Os pacientes devem ser avaliados diariamente pelos enfermeiros, com atualização contínua do prontuário.

2. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

- **Monitorização contínua:** Todos os pacientes devem ter sinais vitais monitorados de forma contínua, com anotações frequentes (pelo menos a cada 1 hora).
- **Cuidado intensivo:** A equipe de enfermagem é responsável por cuidados complexos, como ventilação mecânica, administração de medicamentos intravenosos contínuos, sedação e cuidados com pacientes em estado crítico.

3. Pronto-socorro

- **Triagem de urgência:** A equipe de enfermagem deve realizar a triagem de pacientes que chegam ao pronto-socorro, utilizando protocolos de classificação de risco (Protocolo de Manchester ou outro adotado pelo hospital).
- **Atendimento emergencial:** Participação ativa no atendimento a emergências, realizando suporte básico de vida (ventilação e compressão cardíaca) até a chegada da equipe médica.

4. Centro Cirúrgico



- **Preparo cirúrgico:** A equipe de enfermagem será responsável pela preparação do paciente para o procedimento cirúrgico, incluindo higiene, administração de medicamentos pré-anestésicos e posicionamento adequado.
- **Assistência no intraoperatório:** Enfermeiros circulantes e instrumentadores serão responsáveis pela logística da sala cirúrgica e pelo manuseio de materiais estéreis.
- **Recuperação pós-anestésica:** A monitorização e cuidados imediatos após a cirurgia, como controle de dor e monitoramento de sinais vitais, serão realizados pela equipe de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Controle de Infecção Hospitalar

1. Higienização das Mãos

- A higienização das mãos é obrigatória antes e após cada contato com o paciente, após a retirada de luvas e sempre que houver risco de contaminação. Deve ser feita com solução alcoólica ou água e sabão, de acordo com a situação.

2. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

- O uso adequado de EPIs (luvas, máscaras, aventais, óculos de proteção) é obrigatório em procedimentos que envolvem risco de exposição a fluidos corporais ou agentes infecciosos.

3. Precauções de Isolamento

- Pacientes com doenças infecciosas transmissíveis devem ser colocados em isolamento, e a equipe de enfermagem deve seguir as precauções de contato, gotículas ou aerossóis, conforme o caso.

Comunicação e Registro de Enfermagem

1. Passagem de Plantão

- A passagem de plantão deve ser realizada de maneira clara e objetiva, com relato sobre o estado clínico de cada paciente, tratamentos em andamento e possíveis complicações.
- A equipe de enfermagem deverá registrar no prontuário todas as informações relevantes do paciente durante seu plantão.

2. Registros em Prontuário



- Todos os procedimentos, intervenções, administração de medicamentos e evolução clínica dos pacientes devem ser registrados detalhadamente no prontuário.
- Registros de enfermagem devem ser feitos imediatamente após o procedimento, garantindo que todas as informações estejam atualizadas.

Emergências e Situações Críticas

1. Suporte Básico de Vida

- Todos os profissionais de enfermagem devem estar treinados em **suporte básico de vida (SBV)**, sendo capazes de realizar manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) até a chegada da equipe médica.

2. Suporte Avançado de Vida

- Enfermeiros de áreas críticas, como UTI e pronto-socorro, devem estar capacitados para suporte avançado de vida (SAV), auxiliando em intubações, ventilação mecânica e administração de medicamentos de emergência.

Educação Permanente e Capacitação

- A equipe de enfermagem deve participar periodicamente de **treinamentos e reciclagens**, que incluem temas como controle de infecção, protocolos de segurança do paciente, técnicas de emergência e atualização sobre novos procedimentos.

5.2.7. 2 Proposta de Protocolo do Centro Cirúrgico do Hospital Estadual de Jataí

Organização Geral do Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico do Hospital Estadual de Jataí é composto por 5 salas, sendo 4 salas destinadas a procedimentos cirúrgicos gerais e uma sala dedicada exclusivamente a cirurgias oftalmológicas. O funcionamento do centro cirúrgico é regido por normas rigorosas de assepsia, organização de equipes e manutenção de fluxo contínuo, com especial atenção ao atendimento de urgências e emergências.

Salas Cirúrgicas:

1. **Sala 01:** Cirurgias de Cirurgia Geral e Urológica.
2. **Sala 02:** Cirurgia Ortopédica e Traumatológica.
3. **Sala 03:** Cirurgia Ginecológica e Obstétrica.



4. **Sala 04:** Emergências Cirúrgicas Multidisciplinares.
5. **Sala 05:** Cirurgia Oftalmológica (exclusiva).

Horários de Funcionamento:

- **Funcionamento Regular:** Segunda a sexta-feira, das 07h às 19h.
- **Emergências:** Disponibilidade 24 horas, com equipe de plantão, com a Sala 04 dedicada exclusivamente a cirurgias emergenciais.

Fluxo de Pacientes e Processos Pré-operatórios

1. Triagem e Avaliação Pré-operatória:

- Todos os pacientes que necessitam de cirurgias eletivas passam por uma avaliação pré-operatória. Exames clínicos, laboratoriais e de imagem são realizados previamente e verificados no dia da cirurgia.
- Pacientes de emergência, encaminhados via pronto-socorro, são priorizados e passam por uma triagem rápida para identificar a necessidade imediata de intervenção cirúrgica.

2. Identificação e Documentação:

- Antes de qualquer procedimento, o paciente deve ter a documentação completa, incluindo identificação correta, exames, e consentimento informado. O prontuário será revisado pela equipe cirúrgica e pela enfermagem antes da cirurgia.
- A pulseira de identificação com o nome e o procedimento a ser realizado será confirmada pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro circulante.

3. Preparo e Antissepsia:

- Todos os pacientes passam por protocolos de preparo cirúrgico, incluindo a higiene corporal e, quando necessário, tricotomia.
- Antissepsia rigorosa é aplicada no campo cirúrgico, de acordo com as diretrizes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Rotinas de Funcionamento das Salas Cirúrgicas

1. Cirurgias Eletivas:



- As salas 01, 02 e 03 são reservadas para cirurgias eletivas, com cronograma de agendamento semanal. A prioridade de utilização das salas segue a complexidade dos casos e a disponibilidade de equipes.
- Procedimentos são planejados com antecedência para otimizar o uso das salas e evitar atrasos ou sobrecargas.

2. Cirurgias Emergenciais (Sala 04):

- A Sala 04 é exclusiva para atendimentos emergenciais, funcionando 24 horas por dia. Casos como traumas, emergências obstétricas ou urgências cirúrgicas (apendicite, hemorragias, etc.) são encaminhados diretamente para esta sala.
- A equipe de emergência é mantida em regime de prontidão para atender qualquer urgência de forma imediata.

Equipe Cirúrgica

Cada sala é composta por uma equipe básica, ajustada conforme a complexidade da cirurgia:

- **Cirurgião:** Responsável pela condução do procedimento.
- **Anestesista:** Responsável pela escolha e administração da anestesia, além do monitoramento constante do paciente.
- **Primeiro Auxiliar:** Auxilia o cirurgião durante a operação.
- **Enfermeiro Circulante:** Responsável pela logística e materiais dentro da sala, assegurando o fluxo adequado de equipamentos e instrumentos.
- **Instrumentador Cirúrgico:** Manipula os instrumentos estéreis e auxilia diretamente o cirurgião.

Controle de Infecção e Assepsia

1. Limpeza e Desinfecção das Salas:

- As salas são higienizadas de forma rigorosa após cada procedimento, conforme protocolo da CCIH. A limpeza terminal inclui superfícies, equipamentos e a reposição de materiais estéreis.
- O descarte de materiais perfurocortantes e resíduos hospitalares segue normas de biossegurança rigorosas.



2. Controle de Infecção Hospitalar:

- Profilaxia antibiótica é aplicada conforme o protocolo para cada tipo de cirurgia, garantindo a prevenção de infecções perioperatórias.
- O uso de antissépticos, como clorexidina ou povidine, é padrão para todas as cirurgias, com atenção especial aos procedimentos oftalmológicos devido à delicadeza do campo operatório.

Protocolo de Segurança do Paciente

1. Checklist de Cirurgia Segura:

- O checklist de segurança do paciente é obrigatório e segue três etapas principais:
 - **Antes da anestesia:** Confirmação de identidade, cirurgia e lateralidade.
 - **Antes da incisão:** Verificação de todos os instrumentos e equipamentos necessários.
 - **Antes da saída da sala:** Contagem de compressas, instrumentais e revisão do procedimento.

2. Monitorização Intraoperatória:

- Todos os pacientes são monitorados continuamente durante o procedimento, com aferição de sinais vitais, nível de anestesia, e condições gerais do paciente. Monitores multiparamétricos são instalados em todas as salas.

Gestão de Recursos e Logística

1. Equipamentos e Suprimentos:

- O Centro Cirúrgico conta com equipamentos como mesas cirúrgicas ajustáveis, ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos e desfibriladores em todas as salas.
- Suprimentos e instrumentais cirúrgicos são estocados de forma organizada e acessível, com checagens regulares pela equipe de enfermagem.

2. Gerenciamento de Estoque:

- O fluxo de material estéril e descartável segue um sistema de controle rigoroso para evitar faltas e garantir a qualidade dos insumos usados nas cirurgias. A equipe de enfermagem faz a reposição diária e mantém relatórios de uso de materiais.



Recuperação Pós-operatória

- Após a cirurgia, todos os pacientes são encaminhados para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), onde permanecem até a completa reversão dos efeitos anestésicos e estabilização dos sinais vitais.
- Casos de maior complexidade ou com complicações são transferidos diretamente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

Emergências e Situações Críticas

- O protocolo de emergências do centro cirúrgico prevê atendimento imediato para casos críticos, com equipe de prontidão e material de emergência disponível em todas as salas.
- A Sala 04 é mantida sempre disponível para emergências, garantindo que não haja sobrecarga das demais salas durante o atendimento eletivo.

Protocolo de Comunicação e Registro

- A comunicação entre as equipes é essencial para garantir a continuidade do cuidado ao paciente. Todos os procedimentos e intervenções cirúrgicas são registrados em prontuário, e um relatório detalhado é entregue à equipe de enfermagem da SRPA ou UTI ao final de cada cirurgia.
- Reuniões semanais são realizadas para revisão de casos, complicações e avaliação de desempenho da equipe cirúrgica.

Este protocolo visa assegurar o funcionamento organizado e seguro do Centro Cirúrgico do Hospital Estadual de Jataí, priorizando a segurança do paciente, o controle de infecções e a eficiência no atendimento de cirurgias eletivas e emergenciais.

Os protocolos gerais e específicos e rotinas de enfermagem estão descritos no Manual de Protocolos de Enfermagem, elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL e segue em **Anexo 10**.

5.3 Implementação e Funcionamento de outros Serviços



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

A demanda por serviços sociais é cada vez mais crescente diante das múltiplas expressões da questão social resultante das redefinições no mundo do trabalho.

Nesse cenário, é necessário que o Serviço Social desenvolva propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos. Portanto, é nessa perspectiva, que o Serviço Social, ao buscar uma sintonia com a forma de gestão, com novas exigências e conceitos, tem por desafio trabalhar as alternativas e possibilidades para o trabalho profissional e traçar metas para formulação de propostas que façam frente às diferentes demandas.

Estrutura organizacional

O Setor de Serviço Social subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar projetos socioeducativos da área de sua abrangência.

Horário de Funcionamento

O Serviço Social estará disponível no hospital, da 7h às 19h no ambulatório e 24 horas 7 dias por semana na Urgência do Hospital Estadual de Jataí.

Atribuições

- a) Participar na formulação da política social da Instituição, contribuindo para a humanização hospitalar, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados;
- b) Acompanhar todas as fases de casos de violência;
- c) Representar o serviço nas atividades e reuniões da instituição;
- d) Discutir com a Direção os assuntos inerentes à dinâmica do serviço;
- e) Elaborar escalas de atividades e férias para o pessoal em exercício;
- f) Elaborar relatórios das atividades do setor (mensal e anual);
- g) Interagir com as demais coordenações para melhor viabilização de todos os processos do hospital;
- h) Responsabilizar-se pelo controle e conservação dos bens patrimoniais;
- i) Assessorar o Diretor técnico e administrativo no âmbito de Serviço Social;
- j) Delegar atividades à equipe de colaboradores do Serviço Social.



Normas e Rotinas

O Assistente Social receberá o plantão ao final do turno e o plantonista que assumir deve proceder à leitura do relatório do plantão anterior para:

- a) Tomar conhecimento dos casos pendentes;
- b) Dar encaminhamento aos casos em processo de resolução;
- c) Verificar a existência de óbitos não resolvidos, existindo, dar prioridade e proceder de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.

Realizar visita à sala de observação do P.S. com a finalidade de

- a) Identificar paciente que será internado ou transferido, para conhecer os motivos de sua internação, inteirando-se com a equipe interdisciplinar sobre a conduta a ser dada ao caso;
- b) Esclarecer o paciente sobre os procedimentos a serem adotados;
- c) Realizar abordagens educativas.
- d) Identificar pacientes de alta hospitalar e quando necessário informar aos familiares com a finalidade de agilizar a disponibilização do leito;

Atendimento a familiares ou responsáveis:

O objetivo é de:

- a) Orientá-los acerca da rotina e dinâmica da unidade, estabelecendo ligação entre a equipe interdisciplinar e a família;
- b) Sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de sangue;
- c) Orientar familiares quanto às normas e regulamentos do hospital.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20**.

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

5.3.2.1 Instrução para o funcionamento de fisioterapia

No ambiente hospitalar, o **Fisioterapeuta** tem como responsabilidade avaliar, desenvolver e colocar em prática os procedimentos para diferentes condições, como por exemplo



no pós-operatório, para prevenir as possíveis complicações respiratórias, neurológicas e motoras originadas durante o processo de internação do paciente no hospital.

Atua diretamente com o paciente internado, nas unidades de internação e unidades de terapia intensiva em todas as fases do ciclo de vida.

Estrutura organizacional

O Serviço de Fisioterapia subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar a recuperação do paciente e prevenção de agravos da área de sua abrangência.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Fisioterapia estará disponível no hospital, da 7h às 22h, todos os dias da semana e no ambulatório, das 7h às 19h, de segunda à sexta-feira.

Área de Abrangência

Todas as unidades assistenciais em que o paciente demande atendimento fisioterápico, incluindo a sala de emergência do Pronto Socorro.

Também haverá fisioterapeuta no ambulatório.

Atribuições

Compete aos Fisioterapeutas:

- ✓ Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
- ✓ Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
- ✓ Solicitar, realizar e interpretar exames complementares como espirometria e outras provas de função pulmonar, eletromiografia de superfície, entre outros;
- ✓ Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico;
- ✓ Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;
- ✓ Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, sonidoterapêutico, entre outros e dentro dos limites estruturais da unidade de saúde;
- ✓ Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar;
- ✓ Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico;
- ✓ Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva;
- ✓ Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva;
- ✓ Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo;
- ✓ Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica;
- ✓ Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial;
- ✓ Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia;
- ✓ Determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- ✓ Prescrever a alta fisioterapêutica;
- ✓ Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica;
- ✓ Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;
- ✓ Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.

Normas e Rotinas

- a) Toda sessão de fisioterapia deverá ser realizada somente com prescrição médica.

RJ



- b) O profissional deverá passar diariamente nas unidades de internação, inteirando-se de pacientes com prescrição de fisioterapia.
- c) Aproximar-se do paciente e explicar os procedimentos que serão realizados e se necessário solicitar ajuda da equipe de enfermagem ou do acompanhante.

Todas as atividades realizadas deverão estar registradas em prontuário, devidamente assinado e carimbado.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20**.

5.3.2.2 Instrução para o funcionamento do Serviço de Terapia Ocupacional

A atuação do Terapeuta Ocupacional se dá em todos os ciclos de vida, com o objetivo de intervir o mais precocemente possível, a fim de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicoafetivo-sociais, promovendo o desempenho funcional/ocupacional e qualidade de vida durante a hospitalização, e após a alta. Ou seja, o T.O. auxilia o paciente a retornar função, orientando e treinando-o para a execução das atividades do cotidiano, lazer e trabalho, quais ele se encontra restrito e/ou limitado.

Estrutura organizacional

O Serviço de Terapia Ocupacional subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar a recuperação do paciente e prevenção de agravos da área de sua abrangência.

Área de Abrangência

O Terapeuta Ocupacional terá sua atuação principal nas UTIs e Unidade de Saúde Mental, porém atenderá às demandas necessárias em outras unidades.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Terapia Ocupacional estará disponível no hospital, da 7h às 19h.

Atribuições do Terapeuta Ocupacional



- ✓ Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente e potencializar suas habilidades para as atividades de vida diária - AVD.
- ✓ Atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação utilizando protocolos e procedimentos específicos de **terapia ocupacional**;
- ✓ Realizar diagnósticos específicos; analisar condições dos pacientes; orientar pacientes e familiares; desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; exercer atividades técnico-científicas.
- ✓ Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Atividades do Terapeuta Ocupacional

- ✓ Eleger métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares para avaliar e realizar diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes;
- ✓ Avaliar o paciente através da coleta de informações sobre o motivo da internação, história da doença, história de vida, dos seus valores, de interesses, do modo de viver, de sua relação sociofamiliar, do trabalho, do lazer e suas expectativas diante do futuro;
- ✓ Intervir e tratar o mais precoce possível utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional;
- ✓ Favorecer a continuidade do desenvolvimento global do paciente, oportunizando experiências positivas de aprendizado e desenvolvimento de habilidades, e de inserção social, por conseguinte a prevenção da saúde mental, por meio do processo terapeuta-paciente-atividade;
- ✓ Oportunizar aos pacientes e familiares condições para expressão de seus temores e percepções sobre a doença, mediante acolhimento e escuta terapêutica;
- ✓ Desenvolver, durante a internação, atividades adequadas ao perfil do paciente, individualmente ou em grupo, favorecendo os interesses normais, a criatividade, o brincar e o lazer;
- ✓ Facilitar o processo de adaptação ao cotidiano hospitalar de modo que ocorra a minimização dos aspectos negativos da internação pela ruptura da rotina e afastamento de seus objetivos de vida, dos objetos e redes sociais;
- ✓ Instituir com o paciente, a família, o acompanhante, e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro biopsicossocial, e promova a recuperação das potencialidades, habilidades funcionais e ocupacionais



de forma que alcance independência e autonomia ideal considerando as particularidades de cada indivíduo;

- ✓ Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;
- ✓ Proceder à anotação do atendimento no sistema, ou em formulário próprio em papel quando o sistema não estiver disponível, logo após a conclusão, imprimir, carimbar, assinar e arquivar no prontuário do paciente;
- ✓ Informar sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes);
- ✓ Elaborar pareceres relacionados à sua área de atuação;
- ✓ Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;
- ✓ Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
- ✓ Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho;
- ✓ Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada;
- ✓ Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- ✓ Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacional padrão relacionados a sua área de atuação;
- ✓ Participar das atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação;
- ✓ Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.
- ✓ Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20**.

5.3.2.3 Instrução para o funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia

A atuação do fonoaudiólogo acontece de forma interdisciplinar, para a promoção, proteção e recuperação da saúde com o objetivo de prevenir e/ou minimizar complicações e sequelas, a partir do gerenciamento da alimentação e da comunicação, de maneira segura e



eficaz, através da realização de triagem, avaliação, habilitação e reabilitação das funções orofaciais e da comunicação humana.

Estrutura organizacional

O Serviço de Fonoaudiologia subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital, tendo como função a promoção, proteção e recuperação da saúde com o objetivo de prevenir e/ou minimizar complicações e sequelas da área de sua abrangência.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Fonoaudiologia estará disponível no hospital, da 7h às 22h e no ambulatório, das 7h às 19h, de segunda à sexta-feira.

Área de Abrangência

O fonoaudiólogo atuará principalmente nas UTIs, UCINCo e Alojamento Conjunto, podendo atender às demandas necessárias em outras unidades.

Também atenderá no ambulatório.

Atividades do Fonoaudiólogo

- ✓ Orientar e treinar a equipe para identificação e encaminhamento para avaliação dos pacientes com possíveis alterações fonoaudiológicas;
- ✓ Realizar avaliação clínica das funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- ✓ Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológicas encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios apresentados;
- ✓ Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos lactentes em relação ao treino da amamentação e às condições sensório-motoras-orais; bem como realizar orientações ao binômio (mãe-bebê) sobre o manejo clínico da lactação;
- ✓ Realizar assistência à alimentação adequando a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura;
- ✓ Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, além de realizar pareceres e estabelecer condutas nos casos atendidos;
- ✓ Realizar avaliação, acompanhamento e evolução dos aspectos relacionados com a fonação, a articulação e a linguagem oral;



- ✓ Estabelecer terapias, estimulações específicas a cada caso e acompanhamentos necessários para as alterações encontradas nos pacientes atendidos;
- ✓ Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional;
- ✓ Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados às funções de sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e audição;
- ✓ Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiológicas, preenchendo e mantendo atualizados os prontuários clínicos;
- ✓ Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização da equipe sobre aspectos relacionados à Fonoaudiologia.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20**.

5.3.2.4 Instrução para o funcionamento do Serviço de Psicologia

O psicólogo hospitalar atua geralmente seguindo um modelo biopsicossocial, que assim como a abordagem holística busca observar o indivíduo em todos os sistemas com que interage (familiar, social, psicológico, biológico...) simultaneamente e com inter-relações constantes entre elas.

Estrutura organizacional

O Serviço de Psicologia subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Psicologia estará disponível no hospital, da 8h às 17h.

Área de Abrangência

Todas as unidades assistenciais, incluindo o Pronto Socorro.

Na área hospitalar, as atividades e ações do psicólogo são pautadas no aqui e agora, na relação do paciente com o processo de adoecimento. Porém algumas intervenções podem ultrapassar este escopo, frente à outras necessidades psíquicas, e neste caso, o psicólogo deve encaminhar o paciente para atendimento psicoterápico na rede de saúde.



As modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas durante a internação do paciente são:

I- Acolhimento: Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, receber, atender. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Comumente, é por meio do acolhimento que acontece o primeiro contato entre usuários e familiares e o profissional psicólogo

II- Triagem: Constitui-se numa estratégia que cumpre três objetivos principais: coletar dados pessoais do usuário, identificar sua queixa e realizar uma hipótese diagnóstica. O conjunto dessas informações deve criar um quadro capaz de apontar para um encaminhamento adequado da pessoa em questão e contribuir para a definição do plano terapêutico.

III- Psicodiagnóstico: é o conhecimento de sintomas psíquicos; um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e pode utilizar testes psicológicos em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos ou para classificar o quadro clínico e prever seu curso possível, comunicando resultados.

IV- Psicoterapia Breve: atua de modo preciso e focal buscando restabelecer patamares aceitáveis de interação social.

V- Atendimento Psicossocial: atuação interdisciplinar do psicólogo juntamente com o assistente social visando diagnosticar o funcionamento sociopsicológico do paciente e seus familiares e realizar os devidos encaminhamentos.

VI- Grupo Psicoterapêutico: são atendimentos psicológicos, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde. Os grupos no contexto hospitalar irão permitir o alívio de ansiedades e superações a partir da identificação entre os membros. Estes terão a oportunidade de expressarem-se livremente, abrindo a possibilidade de elaborações psíquicas.

VII- Grupo de orientação: são atendimentos multiprofissionais, em grupos de pessoas, podendo ser realizados com usuários, acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde, visando elucidar e discutir temáticas específicas no campo da saúde

As atividades a serem realizadas pelo psicólogo estão descritas a seguir.

Atividades do Psicólogo Hospitalar

- ✓ Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura;
- ✓ Investigar os fatores implícitos do comportamento individual e grupal, buscando torná-los explícitos;
- ✓ Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas, tanto em clínica quanto em pesquisas;
- ✓ Acompanhar e avaliar tratamentos cirúrgicos, medicamentosos e de reabilitação;
- ✓ Promover a reabilitação neuropsicológica;
- ✓ Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais de pacientes, familiares e/ou responsáveis;
- ✓ Promover intervenções nas relações nas quais o paciente se insere, como equipe/paciente, família/paciente, paciente/paciente;
- ✓ Participar de Comissões intra hospitalares;
- ✓ Assessorar, participar e contribuir com a construção de novos projetos no hospital;
- ✓ Elaborar e colaborar com a construção de protocolos;
- ✓ Executar outras atividades inerentes à especialidade

O horário de funcionamento será de segunda a sexta, horário comercial.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20**.

5.3.2.5 Instrução para o funcionamento do Serviço de Farmácia

Entende-se por Assistência Farmacêutica um grupo de atividades relacionadas com o medicamento. Dentre as atividades estão à conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos, conforme Portaria nº 3.916/MS/GM de 1998.

A farmácia hospitalar tem como principal função garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequado sua utilização à saúde individual e coletiva, devendo contar com farmacêuticos em número



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica, conforme Resolução CFF nº 300, de 30 de janeiro de 1997 que regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada.

Estrutura organizacional

O Serviço de Farmácia, apesar de fazer parte da equipe multiprofissional, terá coordenação própria, na figura do farmacêutico RT.

Horário de Funcionamento

O Serviço de farmácia estará disponível 24 horas por dia, de segunda a segunda.

Área de Abrangência

Todas as áreas assistenciais.

Objetivos Específicos

- ✓ Garantir o acesso dos medicamentos e materiais necessários às tarefas assistenciais;
- ✓ Garantir as ações de assistência farmacêutica;
- ✓ Implantar a farmácia clínica e atenção farmacêutica na admissão, transferências e alta hospitalar;
- ✓ Implantar a farmacotécnica hospitalar na garantia do atendimento da prescrição por dose unitária;
- ✓ Garantir que os itens serão recebidos e armazenados devidamente pela unidade sendo distribuído de acordo com a necessidade de cada setor, no tempo determinado e com metodologia correta e eficaz.

O serviço de farmácia será constituído por farmacêuticos e auxiliares de farmácia, durante as 24 horas de funcionamento do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

Serviço de Farmácia

A responsabilidade da farmácia hospitalar é garantir a qualidade da assistência com excelência, prestando aos pacientes e usuários, métodos de aplicabilidade com a devida segurança e a melhor adequação na utilização de medicamentos e correlatos, buscando alcançar o maior aproveitamento e consequentemente os melhores resultados, através das mais renomadas práticas que existem, garantindo a todos os pacientes, os mais variados métodos, como por exemplo, os assistenciais, preventivos, docentes, de investigações e entre outros,



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

tendo como base, farmacêuticos devidamente registrados em seus respectivos órgãos de classe, todos altamente qualificados e em número suficiente, de acordo com as exigências formais dos órgãos reguladores e da Legislação Específica do Conselho Regional de Farmácia – CRF.

Os Serviços prestados pelos diversos profissionais, têm por escopo, o conjunto de atividades farmacêuticas, exercidas em organismos hospitalares ou serviços a eles ligados, que são denominados por “atividades de Farmácia Hospitalar”, tais atividades são desenvolvidas e compostas por departamentos de total responsabilidade e autonomia técnica e científica, estando estes sujeitos à orientação geral dos departamentos que regulam as Administrações Hospitalares, perante os quais, deverão responder pelos resultados dos respectivos exercícios.

O Serviço Farmacêutico Hospitalar é exclusivamente assegurado a um profissional farmacêutico hospitalar, regularmente inscrito no seu respectivo conselho de classe. Os diversos serviços prestados no hospital, asseguram a melhor terapêutica medicamentosa aos pacientes, garantindo qualidade, eficácia e segurança, integrando as equipes de cuidados com a saúde e promovendo as ações necessárias de investigações científicas e de ensinamentos.

A Farmácia Hospitalar é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos. É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução de custos, voltando-se também para o ensino e pesquisa, buscando constantemente o comprometimento e aprimoramento dos profissionais.

Os serviços desenvolvidos pela farmácia são de extrema importância ao apoio clínico integrado, funcional e hierárquico, e são compostos por um grupo de serviços que dependem diretamente da Direção Central e interligados com a sua administração.

A principal razão de ser da farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas. Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, visando, a todo momento, por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O profissional farmacêutico tem uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

Para cumprir essa missão, o farmacêutico realiza diversas atividades:

- Logística de suprimentos (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e controles de produtos),
- Acompanhamento clínico do uso de medicamentos (fármaco vigilância, farmácia clínica e atenção farmacêutica),
- Fracionamento de medicamentos.
- Dispensação de medicamentos, entre outras.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Também conta com os Técnicos de Farmácia que presta assistência dentro da farmácia do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho. Dentre as funções exercidas por esses profissionais vale destacar as seguintes:

- Prestação de apoio à equipe de Enfermagem.
- Conferências das prescrições médicas.
- Preparação de medicamentos (diluição e fracionamento).
- Esclarecimento de dúvidas sobre o uso de medicações.
- Organização dos medicamentos dentro da farmácia.
- Conferência de estoque observando o lote e data de validade.
- Recebimento dos pedidos de medicamentos e
- Etiquetação, conferência e registros de notas fiscais e demais funções.

Dispensação de Medicamentos

A Farmácia Hospitalar precisa estar organizada para dispensar adequadamente os produtos que dispõe para os pacientes e usuários.

A escolha da forma de dispensação a ser adotada deve-se levar em consideração características particulares.

O sistema hospitalar de dispensação de medicamentos deve ter como objetivo, alguns tópicos importantes, dos quais destacamos:

1. Uso racional de medicamentos
2. Redução de custos e desperdícios com medicamentos
3. Aumentar o controle sobre o uso dos medicamentos, permitindo acesso do farmacêutico às informações do paciente.
4. Diminuição dos erros de administração de medicamentos
5. Colaboração na farmacoterapia iniciada pelo médico
6. Aumentar a segurança para os pacientes e usuários

Podemos destacar 03 (três) tipos de sistemas utilizados na dispensação de medicamentos, vejamos:

- Dose Coletiva
- Dose Individualizada
- Dose Unitária.

1- Dose Coletiva



O sistema pelo qual a farmácia fornece materiais e medicamentos, atendendo a um pedido feito pelo centro de custo - solicitante.

Estas requisições são feitas em nome do centro de custo, e não para os pacientes.

Na Dose Coletiva, a farmácia se torna um mero fornecedor de medicamentos.

2- Dose Individualizada

Este é um pré-requisito para implantação da Dose Unitária.

Neste caso, a farmácia recebe as solicitações de medicamentos através de uma transcrição de prescrição médica feita pela enfermagem, ou através do pedido médico, através de um esquema posológico rígido.

3-Dose Unitária

Este é o sistema de dispensação adotado pela BHCL por apresentar inúmeras vantagens em relação aos outros modelos, principalmente pelo controle que proporciona à farmácia, no que se refere ao consumo de medicamentos.

Neste sistema os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, número do leito e os horários de administração, efetuando a saída do código de barras via sistema (software), a fim de possuírmos uma rastreabilidade eficaz.

a) Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (S.D.M.D.U.)

Conceito:

É uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas para serem ministradas ao paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período.

Objetivos:

- ✓ Dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa
- ✓ Fidelidade das doses (rotina de checagem das prescrições médicas);
- ✓ Interações medicamentosas, reações adversas e outras causas podem ser verificadas;
- ✓ Acondicionamento dos fármacos pode ser estudado considerando-se o tipo de acondicionamento ao qual estão submetidos na "dose unitária";
- ✓ Proporcionar a administração hospitalar um sistema de distribuição de medicamentos que seja financeiramente viável;
- ✓ Oferecer recursos ao Farmacêutico para melhor integrar-se a equipe de saúde.



Rotina Operacional:

A rotina operacional é cíclica e, portanto, deve ser vista como um processo dinâmico. Cada passo tem sua importância não devendo haver atropelos, sob pena de interromper o processo em qualquer fase que se encontre.

Médico: Prescreve na folha de prescrição médica (duas vias).

Auxiliar de Enfermagem: Retira do prontuário as cópias (segundas vias) das prescrições médicas

Funcionário da Farmácia: Vai ao posto de enfermagem, enfermarias ou apartamentos e recolhe:

- Cópias (das segundas vias) das prescrições.
- Receitas utilizadas para a retirada de medicamentos dos armários de urgências.
- Doses unitárias não ministradas.

Técnico em Farmácia prepara:

- Doses unitárias.
- "Bandejas" contendo os medicamentos a serem repostos nos armários com medicamentos de urgência (de acordo com as receitas).
- As etiquetas das doses unitárias e revisa as receitas rubricando-as (para identificar quem preparou e/ou aviou as doses e receitas, respectivamente).

Farmacêutico:

- Verifica se as doses unitárias preparadas estão de acordo com as segundas vias das prescrições médicas.
- Faz ou supervisiona o controle de estoque e registra as receitas de psicotrópicos ou entorpecentes, de acordo com a legislação vigente.
- Analisa o perfil farmacoterapêutico do paciente.
- Efetua ou supervisiona a reposição dos medicamentos utilizados nas urgências.

Atendente ou Auxiliar de Enfermagem:

- Recebe e confere as doses unitárias e faz a reposição dos medicamentos utilizados na urgência.
- Reintroduz as segundas vias das prescrições nos prontuários (se for o caso).



Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem:

- Ministra as doses unitárias.

Os tipos de sistema distribuição por dose unitária serão escolhidos e adaptados a realidade do Hospital, a saber:

- Centralizado.
- Descentralizado.
- Combinação dos dois tipos.

A) Sistema Centralizado:

As doses são preparadas na Farmácia Central e dali são distribuídas para todas os setores do hospital. Pelo fato da centralização, o controle de estoque e a supervisão da preparação das doses, pelo Farmacêutico, ficam mais contundentes.

B) Sistema Descentralizado:

As doses são preparadas nas Farmácias Satélite (descentralizadas) e ao final de cada preparação, os quantitativos do consumo são enviados à Farmácia Central.

C) Sistema Combinado:

Diz-se que o sistema é combinado, quando ao mesmo tempo em que as Farmácias Satélites estão atuando na preparação de doses, a Farmácia Central deixara de operar e vice-versa. Este esquema facilita a adequação aos horários de administração de doses e objetiva uma redução nos recursos humanos, aproveitando da melhor forma possível, o horário de trabalho do pessoal existente no quadro de funcionários da Farmácia.

Condições Básicas para um bom S.D.M.U.D.:

Existência da Comissão de Farmácia e Terapêutica (Comissão de padronização de Medicamentos).

b) Cronograma para implantação do Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES												
Implantação do sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária												
Período	1º mês				2º mês				3º mês			
	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
Elaboração do plano de ação												
Elaboração do fluxo e dos procedimentos e protocolos												
Capacitação dos profissionais envolvidos												
Acompanhamento das atividades e análise dos resultados												
Revisão das ações implantadas e se necessário, elaboração de novas ações												
Análise de indicadores mensal												
Elaboração de relatório mensal												

Normas e Rotinas do Serviço de Farmácia

Normas e Rotinas de Compras

Cadastramento de fornecedores: O cadastramento de um novo fornecedor e/ou prestador de serviço ocorrerá tão somente após a verificação de todos os documentos legais e diplomas técnicos. Os fornecedores deverão respeitar as diretrizes estabelecidas pela ANVISA na produção, armazenamento e transporte de medicamentos, soluções parenterais, insumos farmacêuticos, equipamentos médico-hospitalares, materiais de uso hospitalar e alimentos.

- Compras: toda a aquisição de insumos será norteadada pelo Regulamento Institucional de Compras Contratação de Obras e Serviços, já elaborado pela BHCL que tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras. O procedimento de compras compreende: solicitação de compras, qualificação de fornecedores para aquisições contínuas, coleta de preço, apuração da melhor oferta, emissão de ordem de compra aprovado pelo gestor da unidade.

- Recebimento de mercadoria: Os produtos somente serão recebidos se acompanhados da nota fiscal, a qual deve ser entregue em no mínimo duas vias, corretamente preenchida e sem rasuras. Caso seja identificada não conformidade na mercadoria, esta não será recebida e o fornecedor deverá fazer reposição em até 24 horas.

Na nota fiscal deverá ser acrescido o carimbo com número de contrato de gestão (para atender normas TC), a data de recebimento e a assinatura de quem recebeu a nota fiscal

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

numerada deve conter obrigatoriamente: Razão social em nome da BHCL, Endereço, CNPJ, Inscrição Estadual, número do pedido, data da emissão e data da entrega, descrição dos produtos, lote, data de validade, valor unitário e total dos produtos, valor total da nota e valor dos Impostos (ICMS, IPI), data vencimento da nota, boleto bancário ou dados bancários para depósito em conta.

A quantidade, valor unitário e total deve estar em conformidade com a quantidade, valor unitário e total indicada na nota fiscal e no pedido de compra e/ou contrato.

Os produtos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos no pedido de compra ou acordo de fornecimento.

O não cumprimento dessas normas irá gerar uma notificação de não conformidade ao fornecedor, este será avaliado, mensalmente dentro dos critérios de pontuação das entregas (pontualidade e exatidão dos fornecimentos).

Normas e Rotinas Internas

É importante destacar que a BHCL só realiza a aquisição de produtos farmacêuticos devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e irá manter estoque seguro de medicamentos para atender às necessidades dos usuários internos e externos, assegurando assim que os tratamentos prescritos sejam continuados. Destacamos que, temos um departamento de compras capacitado para que tais eventos não ocorra.

Reitera-se que os medicamentos utilizados na Rede de Atenção à Saúde e objetos deste contrato, seguirão a lista de padronização preconizada pela RENAME e/ou REMUME, Relação de medicamentos padronizados pelo SUS do Município de Jataí.

A equipe de assessores corporativos da BHCL está sempre atualizada em relação à legislação vigente e protocolos ministeriais, de forma que qualquer alteração nas terapias será devidamente adotada, bem como alterados os itens correspondentes nas documentações pertinentes (protocolos, POP, dentre outros). Além disso, nossa proposta de gestão compartilhada, facilitará as alterações recomendadas pela Secretaria de Saúde.

A seleção de medicamentos, materiais e insumos para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, seguirá o disposto na RENAME Federal, REMUNE Municipal, Relação de Medicamentos Padronizados pelo SUS.

c) Armazenamento e Métodos de Controle sobre Fármacos Controlados e/ou de Alto Custo.

Os medicamentos devem ser armazenados devidamente etiquetados e identificados, sendo de responsabilidade do serviço de farmácia reembalar e etiquetar todas as doses de

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

medicamentos que serão usados no Hospital. Este serviço será feito dentro da farmácia sob supervisão do Farmacêutico.

Os medicamentos a serem fornecidos estarão apresentados nas seguintes formas farmacêuticas: Comprimidos, Cápsulas, Pastilhas, Drágeas, Pós para reconstituição, Gotas, Xarope, Suspensões, Ampolas, Frascos-ampola, Cremes, Soluções, Loções, Pomadas, Emulsões, Aerossóis, Géis, Soluções e Suspensões injetáveis

Os medicamentos serão armazenados em local ventilado/climatizado e adequado, conforme Normas da Vigilância Sanitária Local. Estarão dispostos em prateleiras ou pallets sendo que as prateleiras estarão protegidas da luz.

Medicamentos com controle especial – terão uma área reservada para armazenamento, devendo atender as exigências da legislação sanitária específica. As entradas e saídas destes medicamentos deverão ser registradas em formulário próprio sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

Medicamentos termolábeis – deverão ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio da temperatura recomendada pelo fabricante sendo que as retiradas destes medicamentos deverão ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura.

Dispensação de medicamentos ao usuário

A medicação prescrita pelo médico será dispensada em quantidade suficiente ao munícipe, para atendimento da necessidade em finais de semana, feriados e outros momentos em que as unidades básicas de saúde estiverem fechadas, com a devida anotação no receituário.

Organização do serviço para dispensação de medicamentos ao usuário

A Dispensação de Medicamentos é o Ato de fornecimento de medicamentos e correlatos ao paciente, com orientação do uso.

A dispensação de medicamentos nas unidades do Sistema Único de Saúde, ocorrem mediante a apresentação da receita desde que:

- a) esteja escrita em caligrafia legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração do tratamento;
- b) contenha o nome completo do paciente;
- c) contenha a denominação genérica dos medicamentos prescritos;
- d) seja apresentada em duas vias para medicamentos controlados (ou receituário especial) e no caso de o sistema não estar disponível;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

e) contenha o nome do prescritor, data, a assinatura do mesmo e o número de seu registro no conselho de classe correspondente.

Orientações para a dispensação:

O dispensador deve anotar na receita, a quantidade do medicamento que foi atendida, a data e seu nome de forma legível.

A dispensação deve ser lançada no sistema e o farmacêutico deve carimbar e rubricar a entrega dos medicamentos no receituário e devolver ao paciente.

Caso o sistema não esteja disponível, a contingência é ter a receita em 2 vias, sendo que a primeira via da receita deve ser devolvida ao usuário e a segunda via deve ficar retida na farmácia e arquivada pelo prazo de 02 anos, para fins administrativos.

O usuário deverá utilizar a 1ª via da receita para retirar o (s) medicamento (s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor e desde que não exceda 01 ano. A quantidade atendida, para os demais medicamentos não sujeitos a controle especial, deve ser suficiente para o tratamento prescrito

A farmácia deverá arquivar separadamente as primeiras vias das receitas de medicamentos controlados, que não foram atendidas em sua totalidade, para controle da dispensação quando o usuário vier retirar os medicamentos no mês seguinte, procedendo as anotações.

Nos casos em que a receita esteja em desacordo com o disposto nesta norma, são corresponsáveis pela orientação ao paciente, para a resolução da irregularidade da prescrição: o dispensador, o prescritor e a gerência da unidade.

d) Protocolos de Farmácia

Os modelos dos protocolos desenvolvidos pelos assessores técnicos da BHCL estão apresentados em **Anexo 13** e serão adequados à realidade local.

5.3.2.5.1 Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalar

Este manual foi desenvolvido pelos profissionais da BHCL com o objetivo de padronizar todos os processos, garantindo assim a qualidade da assistência e produto adquirido.

Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares

Padronização De Medicamentos



A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis na SCMP identificados por sua nomenclatura genérica, nome farmacológico, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações.

A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência através de orientação e informações ao corpo técnico.

1- Medicamentos Padronizados

Estes medicamentos são classificados em.

- Uso Sem Restrições – medicamentos constantes na seleção de medicamentos do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho e dispensados pela farmácia mediante a prescrição médica.

- Uso Restrito (R)– possuem uma ou mais das seguintes características. indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito, com validade de 7 dias, podendo ser renovado se necessário.

No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos com validade de 3, 7 a 21 dias, dependendo da infecção e tratamento prescrito, para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido no *Formulário do Sistema Único de Saúde - Laudo p/ Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial*.

Observação: os medicamentos de alto custo poderão não estar disponíveis momentaneamente na farmácia, por dificuldades econômicas circunstâncias ou pela não disponibilidade no mercado. Ocorrendo este fato, o médico responsável deverá ser imediatamente comunicado pela farmácia.

2 - Medicamentos Não Padronizados

São medicamentos de uso eventual em casos justificados, e que não fazem parte do conjunto de fármacos que atendem as necessidades usuais de pacientes internados. Como tal, não são mantidos em estoque, exigindo um prazo de até 72 horas úteis para a sua aquisição. A solicitação para compra é gerada pela prescrição e pelo preenchimento adequado do *Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizado* após avaliação e autorização pela CFT.

A solicitação da medicação tem validade por 7 dias, podendo ser renovada.



Observação: Nas internações eletivas de pacientes já em uso crônico de medicamentos não padronizados, solicitamos aos médicos orientarem os mesmos para que já tragam de casa estes remédios (exemplos. pacientes hipertensos admitidos para tratamento clínico ou tratamento de outra doença). Com isto, queremos evitar que fique sem tratamento até que haja tempo para a farmácia adquirir a medicação.

3 - Medicamentos Controlados

São os medicamentos listados pela ANVISA, através da portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica. Na padronização são identificados pela letra "C".

O farmacêutico será responsável pelas anotações, seja eletrônica ou física, assim como pelas devidas inclusões ou baixas dos medicamentos controlados.

4 - Rotina para a Prescrição de Medicamentos Padronizados de Uso Restrito

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT. No caso de antimicrobianos esta avaliação será realizada pela CCIRAS. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação.

Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidade, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CFT para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizada devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT.

A solicitação de compra é gerada após a avaliação e autorização pela CFT e ou Diretor Técnico, e prazo para a aquisição é de 72 horas.

Critérios para Inclusão de Medicamentos na Padronização

A CFT adota critérios rígidos para a padronização de medicamentos. Estes critérios, baseados nos conceitos da farmacologia clínica e no uso racional dos fármacos, são citados abaixo.

Incluir fármacos de comprovada eficácia, isto é, aqueles em que se quantificou, através de ensaios clínicos randomizados, definido efeito benéfico na espécie humana na inexistência desses estudos, privilegiar os medicamentos com extensa experiência de emprego clínico.



Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar aqueles com menor toxicidade relativa e maior comodidade de administração.

Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante que atenda aos critérios prévios em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores.

Limitar o número de apresentações, selecionar aquelas que contemplam maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos.

Padronizar, preferentemente, apresentações com um único medicamento e as associações de comprovada utilidade.

Categorizar alguns fármacos como de uso restrito, quando envolverem indicações muito precisas, riscos bem definidos ou custo importante. Os medicamentos de uso restrito somente serão liberados para as indicações especificadas.

Incluir novos fármacos somente quando as evidências de eficácia superior tiverem sido bem demonstradas, no mínimo 2 anos, pois alguns efeitos indesejáveis só são detectados com o uso continuado.

Evitar como critério de inclusão a chamada "experiência pessoal", pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.

A solicitação de inclusão de medicamento na padronização deverá ser feita em *Formulário próprio – Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização*, que será avaliado pela CFT.

Os critérios adotados pela CFT para a exclusão de algum medicamento da padronização são.

Fármaco não prescrito nos últimos 6 meses.

Evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras.

Indisponibilidade do produto no mercado, inviabilizando a compra.

A solicitação de exclusão de medicamentos da padronização deverá ser feita em *Formulário próprio – Solicitação de Revisão de Medicamentos na Padronização*.

Algumas Medidas e Ações Que Devem ser Trabalhadas para Maior Segurança e Monitoramento de Medicamentos

a) Desenvolvimento de ações integradas. Assistência Farmacêutica, vigilância sanitária, profissionais de saúde, conselhos de saúde, entidades de classes e diversos segmentos envolvidos.

b) Definição de responsabilidades, atribuições, elaboração de instrumento para notificação de denúncias sobre medicamentos.

RJ



- c) Estratégias de divulgação e adesão dos profissionais de saúde e da população.
- d) Disponibilização de canal de comunicação para notificações e ocorrências com medicamentos.
- e) Desenvolvimento de sistema de controle e avaliação das informações.
- f) Elaboração de boletim informativo periódico para os profissionais da saúde e para a população.
- g) Ampla campanha de divulgação nos serviços de saúde e campanhas de divulgação para notificação. Consultar sempre o site da Anvisa para verificar se o produto apresenta problema.

Em caso de suspeita da qualidade do medicamento, procurar a vigilância sanitária do seu município ou estado para fazer a denúncia, ou informar a Anvisa.

5.3.2.5.2 Protocolo de atuação sistematizada da Farmácia Clínica

PROTOCOLO DE FARMÁCIA CLÍNICA

1. INTRODUÇÃO

A Farmácia Clínica é uma área da profissão farmacêutica que visa principalmente o uso racional de medicamentos, através da prestação de cuidado ao paciente, otimizando a farmacoterapia, promovendo saúde e bem-estar e prevenindo doenças. O farmacêutico clínico atua principalmente no apoio à terapêutica, como integrante na equipe multidisciplinar e interdisciplinar, exercendo principalmente atividades inerentes ao tratamento medicamentoso, como por exemplo: via de uso, frequência, dose, compatibilidade, alergia a medicamentos, reconciliação medicamentosa, interações entre medicamentos/alimentos, reações adversas e demais atribuições clínicas.

Diante do contexto da complexidade de tratamentos demandados pelos pacientes, o farmacêutico clínico exerce a função de monitorar e prevenir os problemas relacionados a medicamentos (PRM). Os PRM são considerados uma das principais causas de eventos adversos, causando aumento no tempo de internação, morbidade, mortalidade e aumento dos custos hospitalares. Dentro deste contexto, uma das atividades do farmacêutico clínico é prevenir e resolver os PRM, através da avaliação das prescrições médicas.

Para o desenvolvimento da farmácia clínica, o farmacêutico avalia diversos parâmetros do paciente, como por exemplo, história clínica, os dados antropométricos (peso, altura, sexo, idade), indicação terapêutica dos medicamentos prescritos, duplicidade terapêutica, alternativas terapêuticas, incompatibilidades físico-químicas, estabilidade das soluções e reconstituições, reação adversa a medicamento (RAM).



A implantação e a expansão da farmácia clínica promovem o uso racional de medicamentos, o aumento da segurança ao paciente e contribuir para redução de custos associados à prescrição médica, resultando em um impacto positivo na assistência ao paciente. A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar proporciona uma barreira adicional no processo de promoção da segurança do paciente na instituição.

2. ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO CLÍNICO

As atribuições clínicas do farmacêutico são regulamentadas pela Resolução Nº 585, de 29 de agosto de 2013. Em seu artigo 7º são listadas as atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Em sua implantação, a BHCL irá atuar desenvolvendo essas atividades no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, de acordo com os serviços descritos abaixo.

2.1 ADMISSÃO NO SERVIÇO

- ✓ Coletar os dados clínicos e históricos do paciente e informações mais recentes das suas prescrições.
- ✓ Na impossibilidade de realizar a entrevista de admissão com o paciente, avaliar no prontuário dados essenciais para o contato posterior com o paciente via telefone ou serviço de mensagem.
- ✓ Faz-se obrigatório a confirmação do telefone de contato do paciente ou familiar que responda por ele.

2.2 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA (RM)

A RM é um processo formal no qual os profissionais de saúde trabalham em conjunto com os pacientes, familiares e prestadores de cuidado no intuito de que se transmitam informações seguras e de qualidade sobre a terapêutica habitual do doente.

A reconciliação medicamentosa consiste na comparação entre os medicamentos que o paciente estava utilizando previamente e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento, para que seja possível adequar o plano terapêutico de forma a proporcionar ao paciente um cuidado completo e reduzindo discrepâncias não intencionais. A RM deve ser realizada sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço, médico ou nível de atendimento.

2.3 VISITA MULTIPROFISSIONAL

As visitas na UTI ocorrem diariamente, com participação do farmacêutico clínico. O farmacêutico complementa as informações discutidas acerca dos medicamentos, como utilização, reações mais comuns e interações medicamentosas graves.



2.4 EVOLUÇÃO FARMACÊUTICA

- ✓ A evolução farmacêutica deve ser realizada pelo farmacêutico clínico diariamente; apenas nos finais de semana e feriados, pode ser realizado pelo farmacêutico hospitalar, como um back-up.
- ✓ Registrar manualmente no "Formulário de Seguimento Farmacoterapêutico" os dados atualizados do paciente e após registrar no PEP as informações e avaliações do dia. Seguir o padrão abaixo, de acordo com o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).
 - Data/farmacêutico
 - Diagnóstico/reconciliação/comorbidades
 - Exames atualizados/score do paciente
 - Avaliação farmacêutica
 - Intervenções/plano elaborado

Quadro. Aplicação do método SOAP para registro de evolução farmacêutica

Letra	Significado	Como utilizar?	Exemplo
S	Subjetivo	São dados subjetivos acerca da situação do paciente. Durante a entrevista com o paciente são as impressões subjetivas que coletamos.	Dificuldades e percepções do paciente sobre sua condição de saúde (tenho dificuldade de aceitar a doença, tenho dificuldade de aceitar os medicamentos, estou me sentindo triste).
O	Objetivo	Dados objetivos, dados clínicos e informações sobre os medicamentos que ele usa.	Elaboração de lista de medicamentos que o paciente está fazendo uso e resumo dos principais exames clínicos.
A	Avaliação ou Ação	Analizamos todos os dados subjetivos e objetivos e traçamos um plano de ação para o paciente.	Nesse momento o farmacêutico avalia se é necessária uma intervenção farmacêutica, que deve ser descrita na evolução do paciente.
P	Plano	Planejamento de como a conduta do farmacêutico proposta na avaliação foi aceita ou não pela equipe e assim ela deve ser monitorada.	Esse é um dos principais indicadores em farmácia clínica, onde são avaliadas quantas intervenções farmacêuticas foram propostas e quantas dessas foram aceitas.



2.5 CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS NA FARMÁCIA HOSPITALAR

- ✓ Registrar início de tratamento (terapêutico ou profilático) com terapia antimicrobiana no Formulário de Seguimento Farmacoterapêutico.
- ✓ Verificar a indicação, dose, frequência, diluição, via de administração, tempo e velocidade de infusão, duração de tratamento e se está sendo guiado por cultura, caso seja de uso terapêutico;
- ✓ Em caso de não conformidade na avaliação, contatar médico via telefone para ajuste.
- ✓ Registrar na evolução farmacêutica.

Observação: O protocolo de uso de antimicrobianos será descrito em documento a parte, em conjunto com o SCIH.

Quadro. Metodologia para realização da análise farmacoterapêutica da prescrição

Indicação do medicamento	Avaliar se o medicamento é o mais adequado para condição do paciente;
	Avaliar se não duplicidade de algum medicamento prescrito; avaliar se há necessidade de algum medicamento adicional.
Dose	Avaliar se a dose prescrita se encontra de acordo com a preconizada pela literatura, considerando: idade, peso ou superfície corpórea e necessidade de ajustes para função renal.
Intervalo de administração	Avaliar se os intervalos prescritos estão de acordo com a literatura e se o aprazamento é o mais adequado.
Vias de administração	Avaliar características farmacocinéticas do medicamento; avaliar características clínicas do paciente;
	Avaliar medicamentos prescritos por sonda;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Apresentação e/ou forma farmacêutica	Avaliar idade do paciente; avaliar capacidade de deglutição/sonda;
	Adequar sempre que possível à padronização do hospital;
Reconstituição/diluição/tempo de infusão	Avaliar se a reconstituição, diluição e tempo de infusão estão prescritas conforme recomendação da literatura para os medicamentos injetáveis.
Estabilidade	Verificar, para os medicamentos utilizados em multidoses, se há estabilidade e se está sendo conservado da forma adequada.
Interações medicamentosas	Avaliar o potencial para interações fármaco-fármaco e fármaco- nutriente, analisando o risco, a significância clínica e a forma de manejo.
Incompatibilidades medicamentosas	Avaliar a compatibilidade físico-química entre os medicamentos injetáveis prescritos.

2.6 ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO E INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

- ✓ A análise da prescrição farmacêutica, no que concerne, uma atividade clínica e técnica do farmacêutica, deve seguir os passos descritos no quadro acima.
- ✓ Checar na base de dados do sistema as incompatibilidades e interações indesejadas e clinicamente significativas.
- ✓ As intervenções devem seguir a mesma linha de raciocínio da análise da prescrição, no entanto, elas são o resultado da avaliação farmacêutica.
- ✓ Registrar as IF, contatar a equipe assistencial para informar e propor a solução para a intervenção. Verificar se foi atendida ou não atendida e se houve justificativa.
- ✓ Registrar na "Planilha de Intervenção Farmacêutica" mensal, se houver realização de IF.

2.8 CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SONDA

A nutrição enteral é muitas vezes implementada para os pacientes hospitalizados, o que afeta a análise da compatibilidade de uso dos medicamentos via sonda nasogástrica. Segue abaixo recomendação geral para a utilização de medicamentos via sonda.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Quadro. Recomendação geral para a utilização de medicamentos via sonda

FORMA FARMACÊUTICA		RECOMENDAÇÃO
Sólidos	Comprimido de liberação imediata	Geralmente pode triturar em pó fino, diluir em água e administrar em seguida
	Comprimido de liberação lenta	Não se deve triturar
	Comprimido revestido	Não se deve triturar
	Capsulas dura gelatinosas	Em geral, pode abrir a cápsula, misturar em água e administrar em seguida
Líquidos	Xaropes	No geral, são as melhores formas de administração via sonda nasogástrica
	Soluções	No geral, são as melhores formas de administração via sonda nasogástrica

2.9 EXAMES

2.9.1 Hemograma

- ✓ Solicitado pelo médico diariamente, para acompanhamento
- ✓ Dados devem ser colocados no PEP diariamente.

RJ



- ✓ Em se tratando de um hospital de referência em hematologia, a avaliação diária pelo farmacêutico do hemograma contribui na farmacoterapia do paciente, juntamente as intervenções para prevenir tromboembolismo ou hemorragias.

2.9.2 Avaliação da função hepática

- ✓ Solicitado pelo médico diariamente.
- ✓ Identificar medicamentos com potencial dano hepático e avaliar diariamente se a função está normal.
- ✓ Informar ao médico prescritor caso haja comprometimento da função hepática ou caso o paciente já tenha a função hepática comprometida e precise utilizar medicamento que são metabolizados por via hepática, para ajuste de dose.

2.9.3 Avaliação da função renal

- ✓ Solicitado pelo médico diariamente.
- ✓ Identificar medicamentos com potencial dano renal e avaliar diariamente se a função está normal.
- ✓ Informar ao médico prescritor caso haja comprometimento da função renal ou caso o paciente já tenha a função renal comprometida e precise utilizar medicamento que são metabolizados por via renal, para ajuste de dose.
- ✓ Acompanhar e avaliar se o paciente estiver em hemodiálise.

2.10 ORIENTAÇÃO DE ALTA

- ✓ Elaborar lista de medicamentos utilizados, para o paciente manter com ele, informações do tratamento medicamentoso.
- ✓ Se houver impossibilidade de realizar as orientações de alta via entrevista com o paciente, serão realizados contatos telefônicos, em até 48h após a alta para orientações quanto à utilização de medicamentos em domicílio, como ter acesso ao medicamento (farmácias públicas ou privadas).

5.3.2.5.3 Protocolo de Conciliação Medicamentosa

1. INTRODUÇÃO

O farmacêutico é um dos integrantes da equipe interdisciplinar, que visa contribuir para a segurança do paciente, agregando o seu conhecimento e experiência, colaborando para a qualidade do serviço assistencial, bem como promovendo o cuidado na atenção à saúde. Esse cuidado corresponde à atuação assistencial do farmacêutico, centrada no paciente, em que se



assumem responsabilidades para assegurar que a terapia farmacológica seja conveniente, apropriada, efetiva e segura, no intuito de tratar, controlar ou prevenir doenças e a morbimortalidade associada a estas.

Com o crescente número de medicamentos produzidos em larga escala, houve uma preocupação com a qualidade, a eficácia e a segurança desses medicamentos, principalmente no ambiente hospitalar, o que fez com que o farmacêutico fosse solicitado a prestar assistência sobre as características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos novos produtos terapêuticos e os efeitos que estes poderiam apresentar sobre os pacientes.

Os danos causados aos pacientes devido aos eventos adversos, reforçam a importância de se estabelecer uma otimização das condutas relacionadas à farmacoterapia no ambiente hospitalar. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou a RDC nº 36 de 25 de julho, que instituiu ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Desde então, esses serviços devem contar com a presença da equipe multidisciplinar, que deverá estabelecer e promover estratégias para a gestão de risco, com ações voltadas à identificação do paciente, higiene das mãos, segurança cirúrgica, aos cuidados com a prescrição, uso e administração de medicamentos, entre outros

Dentre as ações voltadas ao uso racional de medicamentos está incluída a conciliação de medicamentos, que compreende a realização de um processo para obtenção da história da farmacoterapia do indivíduo, elencando os medicamentos que o paciente faz e/ou fazia uso. Essa relação objetiva diminuir a ocorrência de discrepâncias e eventos adversos a medicamentos à medida que o indivíduo passa pelos diferentes níveis de assistência à saúde, sendo considerada uma prática hospitalar necessária.

2. DEFINIÇÃO

A conciliação de medicamentos, segundo o Conselho Federal de Farmácia (2016), pode ser definida como "serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome, formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração, frequência de uso e duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente/cuidador, entre outras".

O serviço geralmente é prestado quando o usuário transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais na farmacoterapia.

3. ABRANGÊNCIA

Todos os setores assistenciais do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

O Protocolo para Conciliação de Medicamentos será aplicado no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, pelos profissionais farmacêuticos, podendo, entretanto, envolver qualquer profissional que se faça necessário para discussão de condutas.

5. OBJETIVOS

Conciliação de medicamentos é um serviço que tem como objetivo prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, dessa forma evitando danos desnecessários.

Dessa forma, o presente protocolo tem como objetivos:

- Contribuir para a qualificação dos farmacêuticos do serviço na prática clínica da conciliação de medicamentos;
- Orientar sobre a conciliação de forma que permita aos profissionais procurarem, identificarem, prevenirem e resolverem discrepâncias entre as prescrições nos momentos de transições no cuidado, além de reduzir resultados negativos associados à terapia;
- Contribuir para o entendimento do profissional farmacêutico sobre a finalidade e o preenchimento do instrumento de conciliação de medicamentos, para que por meio dele possa ser realizado o raciocínio clínico sobre o paciente, promovendo uma investigação aprofundada acerca dos medicamentos utilizados e auxiliando na adequação da farmacoterapia, se necessário;
- Auxiliar na forma de abordagem do profissional farmacêutico ao paciente/cuidador;
- Diminuir/sanar as duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde.

6. MATERIAIS

Sistema informatizado para prescrições médicas, receituário próprio da instituição, instrumento de Conciliação de Medicamentos, computador, impressora, prancheta, papel e caneta.

7. TIPO DE CONCILIAÇÃO

7.1 Reconciliação de Admissão

- A reconciliação de admissão deve ser realizada até 48h após admissão do paciente na unidade internação. Se não for possível contato direto para entrevista farmacêutica, verificar na evolução de enfermagem, evolução médica e evolução da assistência social as anotações sobre utilização de medicamentos e comorbidades, registrar no PEP informações coletadas.



- Informar ao médico caso haja medicamentos não conciliados para inclusão na prescrição ou alguma condição patológica do paciente que não esteja com a terapia adequada.

- Registrar na “Planilha de Intervenção Farmacêutica” mensal, se houver realização de Intervenção Farmacêutica (IF).

7.2 Reconciliação de Alta

- Realizar a reconciliação de alta através de avaliação da prescrição ambulatorial liberada pelo médico na alta e informações de comorbidades do PEP.

- Orientar quanto o acesso a todos os medicamentos prescritos, como também possíveis reações adversas. Verificar se há orientação para acompanhamento ambulatorial.

- A reconciliação de alta deve ser realizada na visita diária e na sua impossibilidade, através de contato telefônico com ele ou com cuidador da família.

7.3 Reconciliação de transferência interna

- Avaliar as prescrições das unidades envolvidas na transferência, verificando medicamentos e comorbidades antigas e novas do paciente.

- Analisar a necessidade do paciente e a necessidade de cada medicamento já prescrito.

- Contatar o médico através de telefone para informar, se houver necessidade, inclusão ou exclusão ou substituição de algum tratamento não farmacológico e farmacológico.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A conciliação de medicamentos é realizada quando o farmacêutico inicia seu acompanhamento aos pacientes admitidos nas últimas vinte e quatro horas em qualquer setor assistencial do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

O profissional farmacêutico deverá dar início ao processo pelo preenchimento do instrumento de Conciliação de Medicamentos.

Na parte inicial do instrumento são registrados alguns dados do paciente como: nome, número de prontuário, idade, sexo, data de admissão hospitalar, setor de procedência, data de admissão no setor de internação atual, leito, diagnóstico e se foi utilizada alguma vacina após a internação (caso a resposta seja positiva, registra-se também a vacina administrada).

Essas informações podem ser coletadas do prontuário eletrônico do paciente, ou pelo prontuário físico, localizado no setor de internação, bem como em outros documentos de registro de informações hospitalares.

Outras informações importantes para a conciliação consistem em: alergias medicamentosas, comorbidades (que, para efeito do presente protocolo, são admitidas como as doenças que o paciente já apresentava previamente à internação), histórico de uso de medicamentos (que consistem nos medicamentos de uso contínuo ou recorrente prescritos previamente à internação), tabagismo e ingestão de álcool.



Na ausência de alguma dessas informações no prontuário, deve-se coletá-las com o próprio paciente ou cuidador, no horário de visita, caso o usuário esteja impossibilitado de responder.

Nesse sentido, a comunicação é o fio condutor de todo o processo da conciliação e o farmacêutico deverá mobilizar o seu conhecimento técnico e a sua capacidade de julgamento clínico. Isto envolve a mobilização das habilidades comunicativas do farmacêutico com o paciente/cuidador em aspectos verbais e não verbais e linguagem adequada ao nível de entendimento do paciente.

Deve-se realizar a escuta ativa, ouvindo reflexivamente de maneira integral, observando cada gesto realizado, levando em consideração aspectos culturais e sociais associados à atual condição de saúde ali demonstrada. Agir sempre de forma empática no intuito de promover a humanização, estimulando a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo, com a atuação centrada nos aspectos holísticos do paciente e mantendo a ética profissional

Com as informações coletadas com o paciente/cuidador, será realizado o preenchimento do histórico de uso de medicamentos. Além de coletar informações sobre a utilização pregressa deles, deve-se tentar coletar o máximo possível de informações complementares, incluindo nome dos medicamentos utilizados, posologia, horários de administração, além de informações relativas à adesão do paciente ao tratamento farmacológico e automedicação. O farmacêutico deve também perguntar se o paciente faz uso de tratamentos alternativos, como chás, entre outros.

Na etapa de análise de discrepâncias, é analisada a última prescrição do paciente no setor de procedência e/ou anterior à admissão hospitalar, comparando-a com a prescrição atual do setor de internação. Registram-se apenas as divergências encontradas entre as prescrições, que podem ser de três tipos:

- Medicamento prescrito: qualquer medicamento que está na prescrição atual e não estava na prescrição do setor de procedência.
- Medicamento não prescrito: qualquer medicamento que não está na prescrição atual e estava na prescrição do setor de procedência.
- Medicamento prescrito com alteração: medicamento que está presente em ambas as prescrições, porém com alguma alteração, como posologia, diluente, tempo de infusão, entre outros.

Em seguida, avalia-se cada um desses medicamentos individualmente para classificar a discrepância em intencional ou não intencional. A discrepância intencional ocorre quando o prescritor teve a intenção de realizar, possuindo, assim, justificativa clínica. Já a não intencional acontece quando não houve intenção por parte do prescritor em alterar a farmacoterapia, na maioria das vezes sendo por omissão.



Algumas discrepâncias, principalmente relacionadas à mudança na posologia, adequação de diluente ou acréscimo de medicamentos previstos em protocolos do setor, são entendidas como intencionais. Caso haja dúvidas sobre alguma alteração realizada, deve-se esclarecer com o prescritor, quando possível, ou com o médico presente no setor no momento da realização da conciliação. Por fim, a partir do conjunto de informações obtidas, avalia-se a necessidade de inclusão, exclusão ou alteração de algum elemento da farmacoterapia do paciente. Caso essa necessidade exista, deve-se sugerir ao prescritor a alteração, explicando a sua necessidade e se mostrando disponível para questionamentos futuros.

9. INDICAÇÕES

Esse protocolo deverá ser aplicado a todos os pacientes internados nas últimas quarenta e oito horas em qualquer setor assistencial que faziam e/ou estão fazendo uso de algum medicamento.

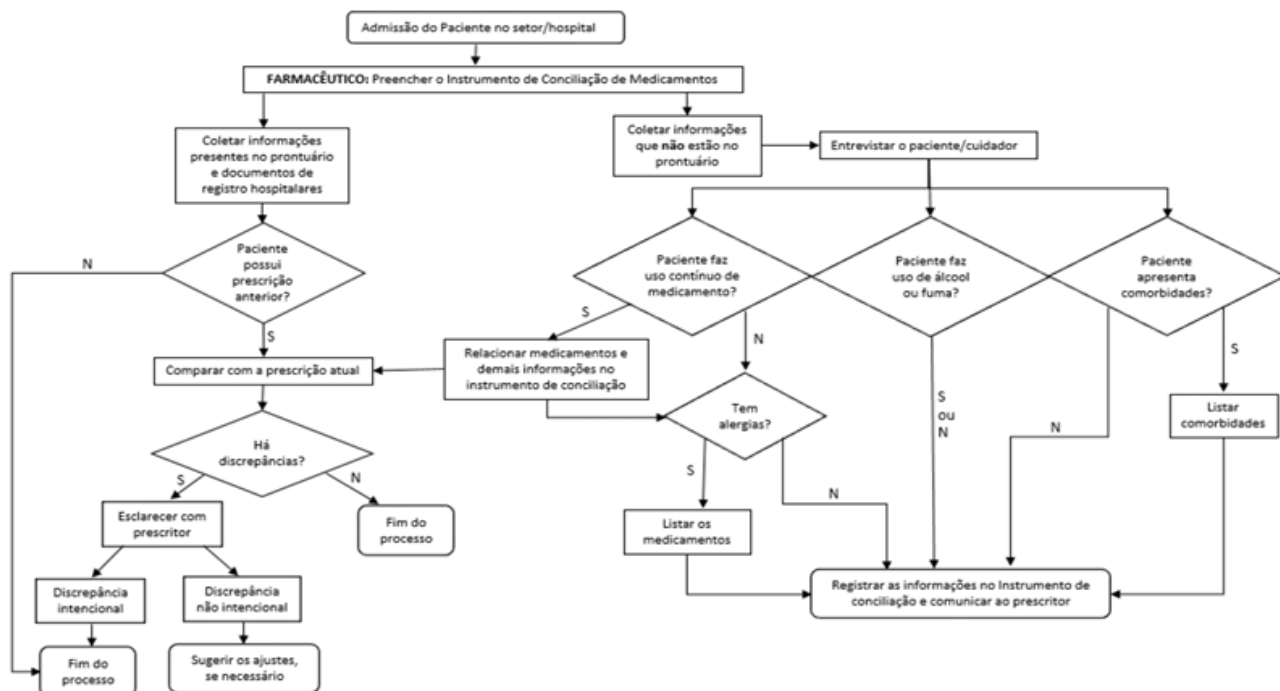
10. RISCOS RELACIONADOS

Todos os eventos adversos, inclusive aqueles envolvendo erros de medicação, tendo ênfase no presente documento as discrepâncias da farmacoterapia verificadas na conciliação de medicamentos, devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

Assim, é de suma importância que os profissionais estejam sensibilizados à realização da notificação no sistema e conforme orientação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para centralizar as notificações sobre incidentes ou queixas de fatos ocorridos no hospital.

11. FLUXOGRAMA DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

RJ





BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

12. FORMULÁRIO PARA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Nome da unidade							
CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS							
DADOS DO PACIENTE							
NOME:							
PRONTUÁRIO:	IDADE:						
ADMISSÃO HOSPITALAR: / /	SEXO: () FEMININO () MASCULINO						
ADMISSÃO NO SETOR: / /	SETOR DE PROCEDÊNCIA:						
DIAGNÓSTICO:	SETOR DE INTERNAÇÃO:						
	LEITO:						
	ALERGIA MEDICAMENTOSA: () SIM () NÃO						
	QUAIS:						
HISTÓRICO DO PACIENTE							
FUMANTE: () SIM () NÃO	ALCOOL: () SIM () NÃO						
OBS.:	OBS.:						
	VACINAS: () SIM () NÃO						
	QUAIS:						
COMORBIDADES:							
HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS:							
ANÁLISE DAS DISCREPÂNCIAS							
Nº	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTO PRESENTE	MEDICAMENTO NÃO PRESENTE	PRESENTE COM ALTERAÇÃO	DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES	DISCREPÂNCIA	
						INTENCIONAL	NÃO INTENCIONAL
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

DATA: / /

Farmacêutico Responsável CRP _____

RJ



5.3.2.6 Instrução para o funcionamento do Serviço de Nutrição e Dietética

A empresa será responsável pela prestação de serviços de nutrição e alimentação hospitalar, dietas enterais destinadas à pacientes, acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90; art.278, inciso VII da Constituição do Estado de São Paulo; Lei Estadual nº 9.144, de 09/03/95 e Lei Federal nº10741 de 01/10/03); voluntários, funcionários, e visitas autorizadas pela administração do hospital, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico-sanitárias adequadas (Portaria 2619/2011 SMS.G, CVS 5/2013 e Código Sanitário Municipal e Estadual e/ou legislação vigente), englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção, distribuição e administrativas.

Considerando os diversos tipos de necessidades nutricionais e de terapias nutricionais, a BHCL poderá terceirizar este serviço.

Estrutura organizacional

O Serviço de Nutrição e Dietética faz parte da equipe multiprofissional, porém terá coordenação própria, na figura do Nutricionista RT.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Nutrição e Dietética estará disponível 24 horas do dia, de segunda a segunda.

Área de Abrangência

Todas as unidades assistenciais.

A execução dos serviços abrange a recepção dos gêneros e materiais, preparo, porcionamento, envase, armazenamento, distribuição, recolhimento, higienização, esterilização e controle de qualidade.

O serviço inclui o fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, materiais de consumo em geral (utensílios, louças, descartáveis, materiais de higiene e limpeza, entre outros), mão de obra especializada, operacional e administrativa, em quantidades suficientes para desenvolver as atividades previstas, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária e demais legislações em vigor, bem como a disponibilização e a manutenção dos equipamentos e utensílios, e as adaptações prediais que se fizerem necessárias nas dependências e instalações do Serviço de Nutrição e Dietética.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

As dietas se destinam aos pacientes respeitando-se as especificidades e visando atender as necessidades nutricionais de cada indivíduo.

As dietas englobam:

- ✓ Desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite para pacientes internados, mediante prescrição;
- ✓ Almoço e Lanche da tarde para voluntários;
- ✓ Desjejum, almoço e jantar para acompanhantes de pacientes nas enfermarias (Lei Federal nº 8.069 de 13/07/90; art. 278, inciso VII da Constituição do Estado de São Paulo; Lei Estadual nº 9.144, de 09/03 /95 e Lei Federal nº 10.741, de 01/10/03). O fornecimento inclui as seguintes definições:
- ✓ Dietas: geral, branda, pastosa, pastosa liquidificada, leve, líquida, hipossódica, para diabéticos, hipercalórica, hiperproteica, hipogordurosa, rica em fibras, hídrica e outras. As demais dietas de rotina ou terapêuticas e as necessidades especiais e clínicas de cada paciente (intolerância, alergia a determinado gênero alimentício, crenças religiosas e outras) deverão ser atendidas mediante solicitações seguindo as orientações definidas pela Unidade Hospitalar, segundo os padrões estabelecidos do Manual de Dietas do Hospital.
- ✓ Nutrição enteral: padrão, especial, suplemento nutricional, módulos (espessante, fibras, glutamina, carboidrato, simbiótico, lactobacilos, proteínas e TCM).

Para a operacionalização das atividades a BHCL observará todos os critérios técnicos para Terapia de Nutrição Enteral (TNE) definidos na RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 - Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou legislação vigente.

Cardápios

Os cardápios elaborados deverão apresentar preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, proporcionando um aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes, acompanhantes e funcionários.

Deverão ser atendidas as solicitações de cardápios diferenciados aos pacientes cujos padrões alimentares tenham influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e sócios culturais, em consonância com estado clínico e nutricional.

As dietas especiais para funcionários serão atendidas quando prescritas por médico e/ou nutricionista da Unidade Hospitalar em questão e o profissional deve fazer constar na prescrição o tempo de duração da dieta.

Qualidade dos produtos



Todos os gêneros alimentícios e produtos empregados na elaboração das refeições deverão ser obrigatoriamente de primeira qualidade e estarem em perfeitas condições de conservação, higiene e apresentação, com certificação do fornecedor e rastreabilidade.

Distribuição

O sistema de distribuição é centralizado, ou seja, as refeições serão montadas na cozinha, armazenadas e distribuídas em carros térmicos com monitoramento das temperaturas, a fim de garantir a temperatura das preparações em todas as unidades de distribuição.

As refeições serão identificadas com etiquetas adesivas, contendo nome do paciente, quarto, leito, o tipo de dieta e a validade para o consumo.

Todas as embalagens e utensílios descartáveis utilizados na distribuição de refeições aos comensais serão Certificados- Norma ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

O serviço estará disponível durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, de segunda-feira a domingo.

A BHCL apresentará em até 30 dias, após o início das atividades, o Manual de Boas Práticas adaptado às necessidades da Unidade Hospitalar, para aprovação pela SMS.

5.3.2.7 Instrução para o funcionamento do Serviço de Odontologia

A atuação do Cirurgião Dentista acontece de forma interdisciplinar, com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar as manifestações bucais de doenças sistêmicas, assim como, os problemas de origem odontogênica, nos indivíduos hospitalizados e desenvolver ações preventivas de higiene bucal, até que ocorra o atendimento especializado para tratamento de infecções, doenças autoimunes, dentre outros que se manifestam nas regiões bucais e peribucais.

Estrutura organizacional

O Serviço de Odontologia subordina-se à Coordenação Multiprofissional do hospital. A área de abrangência do serviço de odontologia será as UTIs, avaliação odontológica de recém-nascidos, unidades de internação e outras demandas.

Na educação permanente participará da capacitação dos profissionais.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Odontologia hospitalar (beira leito) estará disponível no hospital, da 8h às 12h, de segunda a sexta-feira. A carga horária é de 20 horas semanais.



Área de Abrangência

Todas as unidades de internação, incluindo as UTIs e Centro Cirúrgico.

Atividades do Cirurgião Dentista

- ✓ Atender, orientar e tratar, demandas eletivas em saúde bucal apresentadas pelos pacientes internados;
- ✓ Realizar procedimentos preventivos, curativos e paliativos, e prescrição odontológica;
- ✓ Orientar o paciente e/ou responsável na alta hospitalar e contrarreferenciar, quando necessário, à atenção básica e/ou especializada;
- ✓ Priorizar o cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravar problemas bucais preexistentes e/ ou instalação de doença oral;
- ✓ Participar das reuniões com a equipe multiprofissional, e das decisões decorrentes, tais como: internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta (foco na saúde bucal);
- ✓ Realizar prescrição e evolução no prontuário do paciente, em consonância com as normativas do hospital - internar, atender e dar alta aos pacientes que assim o necessitem para realização de cirurgia odontológica
- ✓ Realizar orientações sobre ações em saúde bucal e supervisão da equipe sob sua responsabilidade;
- ✓ Participar das comissões intra hospitalares;
- ✓ Atender aos pacientes portadores de necessidades especiais referenciados para o hospital, por necessidade de atenção em odontologia.

5.3.2.8 Instrução para o funcionamento do Serviço de Enfermagem

Estrutura organizacional

O Serviço de Enfermagem está subordinado diretamente à Gerência Assistencial (Enfermeiro RT).

Horário de Funcionamento

O Serviço de Enfermagem assistencial estará disponível 24 horas do dia, 7 dias da semana. Os cargos administrativos estarão disponíveis de segunda a sexta-feira, das 8 às 18h, cumprindo carga horária de 44 horas semanais.

Área de Abrangência

Todas as unidades assistenciais, incluindo SADT e ambulatório.



Atribuições Gerais da Equipe de Enfermagem

- ✓ Garantir a continuidade da assistência, procedendo à passagem de plantão e não o abandonando na falta ou atraso do colega que assumirá o plantão seguinte, até que sejam tomadas as devidas providências pela liderança de área;
- ✓ Comunicar com antecedência mínima de seis horas se for se ausentar do plantão;
- ✓ Cumprir as normas estabelecidas pela SCIRAS na prevenção de infecção hospitalar;
- ✓ Higienizar as mãos conforme protocolo vigente;
- ✓ Realizar notificação da hemovigilância, farmacovigilância ou tecnovigilância, quando se fizer necessário, conforme protocolos vigentes;
- ✓ Notificar os incidentes para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente de acordo com os canais disponíveis;
- ✓ Encaminhar e/ou alocar, de forma adequada os pertences dos pacientes, de acordo com as normas da instituição;
- ✓ Realizar e gerenciar o descarte dos resíduos hospitalares conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde;
- ✓ Dispensar o lixo contaminado em lixeira específica para esse fim, com saco leitoso, na sala de utilidades, exceto nos casos de precaução, cujo lixo deve ser desprezado na lixeira com saco leitoso beira leito;
- ✓ Acondicionar materiais ou dispositivos que sejam necessário processamento pela central de material em reservatório apropriado (de uso em vias aéreas e para instrumentais cirúrgicos), na sala de utilidades, e seguir a rotina instituída antes de acondicioná-los nos recipientes;
- ✓ Seguir o fluxo de descarte de bolsas e extensores dos hemocomponentes, instituídos;
- ✓ Participar de treinamentos e reuniões organizadas pelo hospital;
- ✓ Cumprir os horários de repouso e/ou alimentação estabelecidos;
- ✓ Manter a dignidade do paciente, oferecendo toda assistência e conforto possível, viável conforme recursos tecnológicos e terapêuticos disponíveis;
- ✓ Respeitar as necessidades, os valores, os princípios éticos, morais, e as crenças dos pacientes e familiares;
- ✓ Identificar a dor relatada pelo paciente, de acordo com a escala implantada, e fornecer a assistência de enfermagem possível e solicitar aos profissionais disponíveis, assistência farmacológica, psicológica;
- ✓ Garantir a privacidade do paciente durante toda sua internação;



- ✓ Prezar pela qualidade e humanização da assistência prestada;
- ✓ Realizar e manter a organização do posto de enfermagem, prontuários e expurgo.

Atribuições do Enfermeiro

- ✓ Atender solicitações da coordenação e supervisão de enfermagem;
- ✓ Realizar visita diária aos pacientes da Unidade;
- ✓ Planejar a escala diária de atividades da equipe de enfermagem da Unidade;
- ✓ Determinar escala para horário de almoço/jantar/ descanso da equipe de enfermagem;
- ✓ Estabelecer junto aos enfermeiros das unidades e da estabilização, o horário de almoço/jantar/descanso de cada um, conforme cobertura dos setores;
- ✓ Supervisionar a realização dos procedimentos da equipe técnica de enfermagem;
- ✓ Prestar assistência ao paciente, com respeito aos princípios éticos, técnicos e científicos;
- ✓ Realizar aprazamento da prescrição médica do paciente, verificando possíveis interações medicamentosas;
- ✓ Elaborar os planos de assistência de enfermagem dos pacientes da Unidade no prontuário eletrônico;
- ✓ Acompanhar visitas médicas, sempre que possível, e quando solicitado;
- ✓ Realizar a passagem de plantão para o plantão subsequente e receber do plantão anterior ao seu;
- ✓ Controlar a pontualidade e assiduidade dos colaboradores sob sua responsabilidade, anotando devidamente na escala mensal do setor, comunicando à Coordenação/Supervisão;
- ✓ Realizar o controle de materiais, equipamentos e medicamentos da Unidade;
- ✓ Realizar teste diário do desfibrilador, anotando em impresso próprio;
- ✓ Realizar conferência do lacre de psicotrópicos da Unidade;
- ✓ Fazer a solicitação de materiais e equipamentos no sistema, quando necessário;
- ✓ Realizar solicitação de manutenções necessárias através do sistema, quando necessário;
- ✓ Realizar orientações de alta ao paciente e acompanhante, para a alta hospitalar;
- ✓ Solicitar a limpeza terminal do leito/quarto, após alta hospitalar;
- ✓ Colaborar com professores e alunos que utilizam da Unidade como campo de estágio;
- ✓ Comunicar ao médico sobre intercorrências e anormalidades apresentadas pelos pacientes;
- ✓ Alimentar no sistema as tabelas de indicadores assistenciais;



- ✓ Programar com a equipe de técnicos a escala mensal de folgas, para entregar à supervisão;
- ✓ Comunicar à coordenação/ supervisão, problemas assistenciais ou eventos adversos ocorridos na unidade;
- ✓ Registrar todo o processo assistencial em prontuário eletrônico;
- ✓ Realizar no sistema ou em folha impressa as notificações de eventos adversos ocorridos na Unidade;
- ✓ Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
- ✓ Zelar pelos equipamentos da Unidade.

Atribuições do Técnico de Enfermagem

- ✓ Receber o plantão leito a leito dos pacientes sob seus cuidados, devidamente uniformizado;
- ✓ Identificar-se ao paciente (nome, função e tempo que irá conduzi-lo), saudá-lo, sendo cordial e empático com as demandas;
- ✓ Manter a unidade organizada e limpa, inclusive o posto de enfermagem e expurgo;
- ✓ Proceder registro de anotação de enfermagem de todos os cuidados prestados ao paciente, contendo a data, o horário, assinatura e carimbo do técnico de enfermagem responsável;
- ✓ Realizar conferência dos equipamentos e materiais do arsenal, anotando no checklist próprio;
- ✓ Receber e conferir em cada turno, os medicamentos individualizados entregues pela farmácia;
- ✓ Após preparo das medicações para administração, prover identificação com etiqueta contendo nome do paciente, data de nascimento, número do leito, data, nome da medicação, via de administração e horário de preparo.
- ✓ Comunicar ao serviço de nutrição sobre a necessidade de jejum ou liberação de dieta dos pacientes;
- ✓ Puncionar acesso venoso periférico, de acordo com as determinações e necessidades, privilegiando os locais mais apropriados e seguindo orientações de fixação segura;
- ✓ Realizar registro na ficha de controle hemodinâmico e/ou anotações de enfermagem após administração de medicações e checar na prescrição médica;
- ✓ Aplicar as metas de segurança do paciente nos momentos indicados pelos protocolos vigentes;

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ Efetuar a devolução de medicamentos em formulário específico, quando necessário;
- ✓ Identificar todos os dispositivos com data, horário e assinatura, bem como anotá-los na folha de anotações;
- ✓ Verificar e registrar os sinais vitais de acordo com a prescrição médica ou de enfermagem e registrar no prontuário eletrônico;
- ✓ Registrar na ficha de controle hemodinâmico e/ou formulário de escore de alerta precoce todas as intercorrências que aconteceram durante o plantão e sempre comunicar ao enfermeiro no momento da ocorrência;
- ✓ Checar todas as prescrições médicas e de enfermagem, e realizar as anotações pertinentes;
- ✓ Proceder com a arrumação do leito sempre que necessário e nunca delegar essa função aos acompanhantes;
- ✓ Instalar a dieta enteral conforme prescrição e monitorar a infusão, conforme protocolo vigente;
- ✓ Reportar-se aos enfermeiros antes da administração da droga quando o paciente apresentar instabilidade hemodinâmica;
- ✓ Realizar pré-lavagem do material utilizado e colocá-lo na sala de utilidades no recipiente específico;
- ✓ Realizar esvaziamento de drenos, ostomias, coletores de urina, bem como do reservatório das eliminações gástricas no final do plantão ou quando necessário. Anotar cor, aspecto, densidade e débito em todas as situações;
- ✓ Registrar as perdas e ganhos hídricos no prontuário eletrônico, de acordo com rotina do setor;
- ✓ Preparar material para qualquer procedimento no paciente de sua responsabilidade e auxiliar neste;
- ✓ Participar ativamente das intervenções durante uma parada cardiorrespiratória, de acordo com organização da equipe preestabelecida e cumprir as determinações do enfermeiro e/ ou, médico assistente;
- ✓ Manter sempre a fixação de sonda nasoesférica/nasogástrica, TOT (tubo orotraqueal) e TQT (traqueostomia) pronta e realizar troca conforme necessidade;
- ✓ Realizar a higienização oral dos pacientes em cada turno de acordo com protocolos implantados;
- ✓ Comprometer-se diretamente com os processos de gerenciamento de riscos na unidade;

RJ



- ✓ Realizar a devida identificação em caso de óbito e preparar o corpo, de acordo com procedimento vigente e comunicar ao serviço de higienização;
- ✓ Realizar eletrocardiograma conforme necessidade e em todos os pacientes com diagnóstico médico de óbito;
- ✓ Auxiliar o enfermeiro na realização de suas funções assistenciais;
- ✓ Não delegar a assistência de seus pacientes a outro técnico sem antes comunicar ao enfermeiro plantonista;
- ✓ Não delegar a assistência de seus pacientes aos acompanhantes;
- ✓ Acolher cordialmente o paciente e seu acompanhante;
- ✓ Orientar pacientes e/ ou familiares sobre o funcionamento do setor;
- ✓ Comunicar ao serviço de higienização para limpeza terminal;
- ✓ Conferir se o prontuário está completo e organizado de acordo com a ordem preconizada pelo SAME;
- ✓ Retirar os materiais e equipamentos do leito do paciente, conforme necessidade;
- ✓ Acompanhar o transporte do paciente, de acordo com as condições clínicas do paciente;

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

A BHCL desenvolve suas atividades através de processos padronizados de gestão em face da organização e qualidade necessárias para a eficácia de suas ações.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho contará com a estrutura de normatização em conformidade com o modelo adotado pela Instituição, sendo este já validado em sua eficácia na integração plena dos processos e divulgação de rotinas e procedimentos.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho estará sob a estrutura padronizada de gestão contemplada por Normas Institucionais, além do manual de administração abrangendo gestão de pessoas e administração de pessoal, manual de rotinas de processos abrangendo apoio e hotelaria, procedimentos técnicos, assistência e atenção direta e indireta aos pacientes.

A **composição** dos manuais obedecerá ao mesmo padrão para todos os casos, ou seja, um protocolo médico, uma rotina administrativa ou um procedimento operacional padrão de um laboratório, serão apresentados em sua **estrutura geral da mesma forma**, favorecendo ao processo educacional respeitando as características de cada processo. Esclarecemos que a apresentação de descrição de como proceder contará com a forma mais aplicada de cada processo, ou seja, respeitando as características para cada atividade principalmente nos processos assistenciais e técnicos.



Apresentamos a seguir a demonstração da estrutura de gestão documentada do Hospital:

Nível 1 - Normas Corporativas

São as diretrizes que nortearão o processo de gestão do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, desenvolvidas pela equipe corporativa da BHCL e aprovadas pela alta direção. São utilizadas em todas as unidades de saúde gerenciadas pela BHCL.

Nível 2 - Manuais Administrativos

São as diretrizes que norteiam todo processo de gestão da administração geral, financeira, faturamento, patrimônio, abrangendo a administração de pessoal e gestão de pessoas. As rotinas têm o objetivo da padronização de condutas em ambos os processos com base nas determinações normativas da BHCL.

Nível 3 - Rotinas dos Processos

São os documentos elaborados especificamente para determinada unidade de saúde, considerando suas especificidades, perfil e complexidade, porém estabelecidas em um escopo padronizado.

A seguir, apresentamos alguns exemplos de documentos que podem ser descritos,

- ✓ Administrativos
- ✓ Apoio e Abastecimento, Apoio Técnico, Hotelaria, SADT
- ✓ Atenção ao Paciente (Médica e Enfermagem)
 - ✓ Manutenção, Gestão do parque tecnológico
 - ✓ Gestão de terceiros, Avaliação de desempenho de prestadores de serviços
 - ✓ Rotinas de Gestão da Assistência, Rotina de Gestão Técnica;
 - ✓ Atendimento, Internação, processamento de roupas, processamento de materiais e esterilização, Assistência Nutricional, Assistência Social, Assistência Farmacêutica, Diagnóstico por imagem, Serviços de Raios X, métodos gráficos, rotinas administrativas das Unidades de Internação;
 - ✓ Gestão e Liderança, Gestão de Suprimentos, Farmácia/Almoxarifado, Diagnóstico e Laudos;
 - ✓ Gestão de custos, financeiro, contábil, patrimônio, prestação de contas;
 - ✓ Gestão de compras, contratos;
 - ✓ Rotinas e padronizações da Educação Permanente & Desenvolvimento
 - ✓ Rotinas de administração de faturamento/SAME;
 - ✓ Rotinas de Protocolo;



- ✓ Demais rotinas dos processos que compõem o Hospital.

As rotinas são a base para realização dos processos, no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho e contará com os protocolos médicos, procedimentos técnicos e procedimentos administrativos, abrangendo todos os processos, e apresentam a característica de abrangência para processo educacional e facilidade na aplicação prática de seu conteúdo

O horário de funcionamento será de segunda a sexta-feira, horário comercial.

O quadro com a equipe mínima proposta está apresentado na **Planilha de Dimensionamento de Pessoal, em Anexo 20.**

5.3.4 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

Os medicamentos e materiais a serem utilizados no Hospital, inicialmente serão os padronizados pela Secretaria de Saúde, RENAME, REMUME e na Sede Corporativa da BHCL. As novas inclusões deverão ser padronizadas pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, utilizando metodologia de análise caso a caso, sendo incluso o custo-benefício da padronização de cada item.

A padronização dos medicamentos e materiais a serem adquiridos deverá ser definida em pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e revisada periodicamente.

O manual será adequado ao perfil da unidade e outros critérios que devem ser avaliados para que seu conteúdo seja efetivo, e o modelo está apresentado no **item 5.3.2.5.3 Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares.**

Esta padronização visa definir a quantidade de itens de estoque, ou seja, sua variedade, facilitando o seu controle para administração e otimização de recursos estocados, tendo como consequência um menor número de recursos empregados em estoque.

Além de elaborar a padronização, a comissão estabelecerá critérios para a inclusão de novos itens e exclusão de algum item.

O Regimento com as atribuições da CFT está amplamente discutido no **item 4.1.19.**

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



A BHCL entende que será necessário terceirizar alguns serviços, para que todas as atividades realizadas no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho sejam prestadas com qualidade necessária, tornando os processos seguros.

O processo de contratação de serviços terceiros, bem como o serviço de limpeza, vigilância e manutenção predial seguirá o Regulamento de Compras e Contratações da BHCL, bem como o Termo de Referência para contratação de terceiros.

O Regulamento de Contratações de Compras, Serviços, Obras, Alienações e Locações da BHCL encontra-se apresentado em **Anexo 16**, e em **Anexo 17** apresentamos o Manual de Compras.

5.3.6 Organização de outros setores/serviços

5.3.6.1 Organização do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde – SCIRAS

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde (SCIRAS), executa as ações necessárias para a identificação precoce destas infecções, avaliando diariamente os métodos de assepsia e antisepsia do hospital, garantindo a segurança total dos pacientes. Em áreas críticas como as Unidades de Terapia Intensiva, este cuidado é especial e redobrado, a fim de manter os pacientes em lugares seguros, livres de contaminação.

São atividades do SCIRAS:

- Busca ativa de infecções nas unidades hospitalares;
- Monitoramento da higienização das mãos, adequada;
- Adesão à utilização correta da antibiótico profilaxia;
- Acompanhamento das infecções instaladas, hospitalares e comunitárias;
- Adesão aos *Bundles* implantados, para a prevenção de infecções: CVD; PAV e cateter central;
- Monitoramento das precauções e isolamentos;
- Acompanhamento de exames laboratoriais e culturas;
- Acompanhamento de obras e higienização hospitalar;
- Padronização de sanitizantes;
- Controle de pragas;
- Qualidade da água.



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, do Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH e com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar, a BHCL irá implantar o PCIH, utilizando como norte as orientações estabelecidas na Portaria Nº 2.616 de 1998. Os principais pontos do Programa a serem instituídos estão descritos a seguir.

1. Manter e desenvolver as estratégias de intervenção nos setores, programas de vigilância, de educação e supervisão em controle de infecção hospitalar e de uso racional de antimicrobianos;

2. Realizar sistematicamente o Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar dentro dos Programas de Educação Permanente, em consonância com o NEP, de cada Unidade ou Setor;

3. Estabelecer sistematicamente a discussão de casos de infecção hospitalar, na perspectiva educativa e informativa para o planejamento estratégico da CCIRAS;

4. Desenvolver ações educativas sobre o uso racional de antimicrobianos junto às equipes médicas;

5. Manter as visitas técnicas e desenvolver estratégias de resolução e monitoramento dos problemas já identificados;

6. Incrementar e qualificar a elaboração e a divulgação dos dados epidemiológicos, dos indicadores de processo, das recomendações técnicas, treinamentos e programas da CCIRAS;

7. Manter a vigilância das doenças de notificação compulsória, doenças emergentes e reemergentes, notificar aos órgãos competentes e desenvolver os planos de contingência, quando indicados;

8.º Discutir dados e estratégias de controle de infecção com a equipe de referência de cada unidade.

A vigilância para o controle das infecções Relacionadas à Assistência em Saúde – IRAS, fundamentada em objetivos específicos e legislação vigente, seguirá o modelo descrito, onde utiliza-se várias modalidades:

- ✓ Dirigida: referente aos setores, aos sítios e aos procedimentos reconhecidamente de maior risco para esse agravo;
- ✓ Transversal: aplicada sequencialmente em alguns setores;
- ✓ Global: referente aos setores e para bactérias multirresistentes.

A prioridade do risco é garantir a segurança do paciente.

Considerando que Infecção Relacionada à Assistência de Saúde (IRAS) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, será utilizado o indicador



de Densidade de Infecção Hospitalar, para todas as Clínicas do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

Será utilizada a Metodologia do Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Nosocomiais – NNISS, para 100% das UTI.

Os principais indicadores a serem monitorados:

a) Pneumonia Associada à Assistência de Saúde

Os pacientes internados e, especialmente, os pacientes em ventilação mecânica são um grupo de risco aumentado para pneumonia. Este risco maior deve-se essencialmente a três fatores:

1) diminuição das defesas do paciente;

2) risco elevado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado;

3) presença de micro-organismos mais agressivos e resistentes aos antimicrobianos no ambiente, superfícies próximas, materiais e colonizando o próprio paciente.

O indicador a ser acompanhado:

- Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV).

Para se prevenir a PAV será adotado *Bundlle*, com medidas de prevenção:

- Manter cabeceira elevada entre 30º e 45º;
- Aspirar secreções acima do balonete – subglótica;
- Verificar a sedação diariamente e diminuir sempre que possível;
- Realizar higiene oral com antisséptico.

O SCCIRAS, em visita diária, realizará o monitoramento utilizando o *checklist* para avaliação da adesão às práticas preventivas, e instituição de práticas corretivas.

Além disso, serão adotadas as medidas gerais: higienização das mãos, treinamento da equipe multiprofissional, profilaxia para úlcera de estresse e trombose venosa profunda (TVP).

b) Infecção Urinária associada à Sondagem Vesical de Demora

Entende-se que o tempo de permanência da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fúngica). A infecção poderá ser intraluminal ou extra luminal (biofilme), sendo esta última a mais comum. O fenômeno essencial para determinar a virulência bacteriana é a adesão ao epitélio urinário, colonização intestinal, perineal e cateter. O tempo ideal dependerá de uma indicação médica clara e bem definida. Imediatamente depois de cessados os motivos que indicaram o uso do dispositivo, a sonda deverá obrigatoriamente ser retirada.



Os indicadores a serem monitorados:

- Densidade de Infecção Urinária associada a Sondagem Vesical de Demora;
- Taxa de utilização de cateter vesical.

Para se prevenir a infecção urinária associada ao cateterismo vesical serão adotadas as seguintes medidas de prevenção:

- Infraestrutura para prevenção: elaboração de protocolos de uso, inserção e manutenção do cateter.
- Elaborar *checklist* para acompanhamento da inserção do cateter vesical;
- Vigilância do processo: estabelecer rotina de monitoramento e vigilância, considerando riscos potenciais e frequência de utilização de cateteres urinário;
- Treinamento da equipe de saúde envolvida na inserção;
- Definir e monitorar: técnica correta de inserção, manejo correto do cateter.

O SCIH, em visita diária, realizará o monitoramento utilizando o *checklist* para avaliação da adesão às práticas preventivas - *Bundle*, e instituição de práticas corretivas.

c) Infecção Primária de Corrente Sanguínea

As infecções primárias de corrente sanguínea – IPCS estão entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos para IPCS, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência.

Indicadores a serem monitorados:

- Densidade de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada à Cateter Venoso Central;
- Taxa de utilização de Cateter Venoso Central:

Para se prevenir a infecção primária de corrente sanguínea serão adotadas as seguintes medidas de prevenção:

- Infraestrutura para prevenção: elaboração de protocolos de uso, inserção e manutenção do cateter.
- Elaborar *checklist* para acompanhamento da inserção do cateter central;
- Vigilância do processo: estabelecer rotina de monitoramento e vigilância, considerando riscos potenciais e frequência de utilização de cateteres central;
- Treinamento da equipe de saúde envolvida na inserção;
- Definir e monitorar: técnica correta de inserção, manejo correto do cateter (*Bundle*).



Além disso, será monitorado diariamente em todas as unidades, o usuário com risco para flebite, e adotadas medidas preventivas conforme descrito em protocolo. Nas Unidades de Internação, o SCIRAS será acionado quando necessário.

É importante ressaltar que os eventos serão notificados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA.

d) Infecção de Sítio Cirúrgico –ISC

Entende-se que a infecção é ainda uma das mais temidas complicações decorrentes de uma cirurgia. Apesar dos avanços na prevenção, a contaminação por bactérias e outros microrganismos é uma possibilidade real quando se realiza um procedimento cirúrgico. A contaminação endógena, isto é, a contaminação por microrganismos a partir da flora microbiana própria do paciente é o mais importante fator para o desenvolvimento da infecção cirúrgica. Portanto parte do risco está relacionada à própria cirurgia. Por isso cirurgias que envolvem a manipulação de locais do organismo onde a flora apresenta uma alta concentração de microrganismos, como o intestino, por exemplo, são associadas a taxas de infecção mais elevadas, há maior risco de desenvolvimento de infecção. Inversamente, espera-se que em cirurgias limpas, em que são abordados tecidos estéreis, como por exemplo, em neurocirurgias, a ocorrência de infecção seja bem menos frequente.

Para prevenir a ISC, será elaborado protocolo com medidas preventivas a serem adotados no período pré-operatório, medidas de controle intraoperatório e pós-operatório.

Considerando a importância de monitorar a Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico –ISC, em 100% das cirurgias limpas, a BHCL sugere a implantação de um sistema de monitoramento, onde o paciente recebe orientações na alta: quais alterações que podem ocorrer na ferida operatória a que deve estar atento, e neste caso, procurar o hospital. Além disso, sugere-se que a enfermeira do SCIRAS entre em contato com esse paciente, por telefone, no sétimo dia de pós-cirurgia, para colher informações de como está a ferida. Em ambas as situações serão mantidos os registros, em formulários específicos para esta finalidade.

Concluindo-se, altas taxas de infecção em cirurgias limpas podem significar que a contaminação é proveniente de outras fontes, como práticas inadequadas durante a cirurgia e falhas no processamento dos materiais e instrumentos utilizados. Considerando-se a premissa acima, o indicador torna-se uma importante ferramenta no monitoramento e gerenciamento de riscos.

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência em Saúde – SCIRAS, deve monitorar quando um usuário necessitar de internação ou observação em leito de isolamento, garantindo que foi realizada de forma adequada a medida de contenção de acordo com a CID-10.



Precauções e Isolamento

O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de microrganismos:

- De um paciente para outro paciente;
- De um paciente para um profissional da saúde;
- De um portador sã ou doente para outro.

Esta prevenção abrange medidas referentes aos pacientes, mas também aos profissionais da saúde, que podem servir de veículo de transmissão destes microrganismos.

Medidas preventivas:

- Lavagem das mãos;
- Usar EPI para o tipo adequado de isolamento instituído;
- Contenção do paciente;
- Cuidados com roupas;
- Higienização adequada do local.

Precauções baseadas em transmissão:

Precaução padrão

As Precauções Padrão (PP) representam um conjunto de medidas que devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente do seu estado presumível de infecção, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação.

As PP deverão ser utilizadas quando existir o risco de contato com: sangue; todos os líquidos corpóreos, secreções e excreções, com exceção do suor, sem considerar a presença ou não de sangue visível; pele com solução de continuidade (pele não íntegra) e mucosas.

São recomendadas para aplicação em todas as situações e pacientes, independente da presença de doença transmissível comprovada.

Precaução de contato

Figura. Placa para precauções de contato

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

■ **Indicações:** infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.

■ Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

■ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Fonte: ANVISA, 2007

Precaução para gotículas

Figura. Placa para precauções para gotículas

Precauções para Gotículas



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: ANVISA, 2007

Precaução para aerossóis

Figura. Placa para precauções para aerossóis

Precauções para Aerossóis**Higienização das mãos****Máscara PFF2 (N-95)**
(profissional)**Máscara Cirúrgica**
(paciente durante o transporte)**Quarto privativo**

■ **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.

■ Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: ANVISA, 2007

A precaução correspondente à infecção/microrganismo seguirá as recomendações da ANVISA e atualizações.

5.3.6.2 Organização da Agência Transfusional

A Agência Transfusional é o setor responsável por todo o controle de hemocomponentes utilizados no hospital. E, setor responsável pela solicitação, armazenamento, controle de estoque de hemocomponentes, testes pré-transfusionais, transfusões e acompanhamento de pacientes transfundidos. De acordo com a Resolução RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004. E de acordo com a Portaria MS nº 1.353, de 13 de junho de 2011, a Instituição que realiza intervenções cirúrgicas de grande porte, ou que efetue mais de 60 (sessenta) transfusões por mês, deve contar com, pelo menos, uma agência transfusional – dentro das suas instalações.

É responsável pela execução de todas as provas pré-transfusionais, tipagens sanguíneas, ABO/RhD e testes de compatibilidade sanguínea, pesquisas de anticorpos, instalação e monitoramento de todas as transfusões, obedecendo criteriosamente aos padrões de qualidade exigidos e a todas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e ANVISA. Será contratada equipe capacitada para a realização de todos os procedimentos envolvendo a transfusão de hemocomponentes.

A Agência Transfusional irá manter um estoque dos principais hemocomponentes (Concentrado de Hemácias, Plaquetas, Plasma Fresco Congelado). Cada hemocomponente é separado e armazenado pelo fator ABO/RhD. Em caso de transfusão, a Agência Transfusional é acionada. São coletadas amostras de sangue do paciente para a realização das provas pré-transfusionais visando à compatibilidade do receptor com as bolsas disponíveis na agência. Caso



a agência não possua bolsas compatíveis, será acionado o Banco de Sangue Central, para atender à necessidade do paciente. Com a realização dos testes pré-transfusionais e atendimento às normas de segurança quanto à transfusão de hemocomponentes, o paciente está apto a ser transfundido. Cabe ressaltar que o paciente é acompanhado durante todo procedimento transfusional.

Para que sejam iniciados os procedimentos pré-transfusionais, a agência deve receber a solicitação de transfusão, em impresso próprio, preenchida pelo médico, com as seguintes informações: nome completo, matrícula, clínica, leito, sexo, diagnóstico, hemocomponentes, data, dados do médico e carimbo, tipo de transfusão, entre outros.

A equipe será composta por responsável técnico e pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Os profissionais serão encaminhados para participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO.

O serviço de hemoterapia fará parte das seguintes comissões

- a) Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- b) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT;
- c) Comitê da Qualidade;
- d) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- e) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Além disso, estarão contemplados os seguintes programas

- a) Programa de Controle da Qualidade Interno;
- b) Programa de Avaliação Externa da Qualidade;
- c) Programa de Treinamento e Educação Permanente, conforme cronograma de capacitação do Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento.

Caso seja necessário, o serviço será incluído ou mantido no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária.

5.3.6.3 Serviço de Higiene e Limpeza

Este serviço será terceirizado e serão contratados profissionais suficientes para atender a todos os setores do hospital.

É importante ressaltar que, para os setores cuja legislação aponta a necessidade de ter profissionais de serviços gerais exclusivos, serão dimensionados de acordo.



A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a segurança assistencial, além de propiciar sensação de bem-estar e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde e deverá compreender a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas do hospital.

As superfícies em serviços de saúde compreendem os mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho ar-condicionado, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico, mesa de cabeceira e outros.

As atividades a serem desenvolvidas pelo serviço de Limpeza e Higiene Hospitalar estão descritos a seguir:

- ✓ Limpeza, conservação e desinfecção das superfícies fixas, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene em dependências médico-hospitais;
- ✓ A remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos;
- ✓ O controle de disseminação de contaminação biológica, química;
- ✓ Limpeza das áreas externas;
- ✓ Além do fornecimento da mão de obra, deve fornecer os saneantes sanitários, com suas respectivas fichas técnicas, aprovadas pelo CCIRAS e descartáveis;
- ✓ Disponibilização dos equipamentos (carros de limpeza, container para os diversos resíduos, papeleiras dentre outros), ferramentas e utensílios necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza dos prédios e demais atividades correlatas;
- ✓ Treinamento dos funcionários para utilização do sistema de informação hospitalar a fim de processar a liberação do quarto ou leito após a limpeza terminal;
- ✓ Manutenção de todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;
- ✓ Cumprimento, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, das normas de segurança da contratante;
- ✓ Instruir os seus empregados, quanto à prevenção de incêndios nas áreas do Hospital;
- ✓ Fornecimento e reposição de papel higiênico, sabonete líquido e papel toalha em quantidade e qualidade necessárias;
- ✓ Não interferir como o bom andamento da rotina de funcionamento dos setores hospitalares;
- ✓ Fornecer os equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPI e EPC) aos seus funcionários para o desempenho destas atividades, tais como: bota de borracha, capa de chuva, andaimes, cintos de segurança, luvas, avental, máscara, gorro e outros;



- ✓ Seguir regras e condutas prescritas pelo Regulamento Técnico de Boas Práticas definido pela RDC 15/12 da ANVISA;
- ✓ A remoção ou transferência de pessoal, equipamentos ou utensílios utilizados num local de área crítica deve decorrer assepsia completa para evitar contaminações cruzadas.

5.3.6.3.1 Proposta para Manual do Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar

A seguir apresentamos modelo de Manual para o Serviço de Higiene e Limpeza, contendo as boas práticas para a execução com qualidade e segurança deste serviço.

Ressaltamos que serão realizadas as adequações necessárias, conforme perfil do hospital, em até 30 dias.

MANUAL DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR

O conteúdo deste documento elaborado pela BHCL explicita critérios de seleção dos produtos utilizados na higiene hospitalar, descreve técnicas de limpeza e desinfecção das áreas hospitalares e ressalta a importância da seleção e capacitação dos recursos humano do serviço de higiene hospitalar.

Quando se define limpeza e desinfecção é importante saber que apesar dos processos estarem estreitamente interligados, possuem finalidades diferentes e que as confusões frequentes ocorridas na prática levam ao uso inadequado dos produtos de higiene e a um falseamento dos objetivos buscados.

Atualmente sabemos que o ambiente é um importante reservatório de microrganismos, especialmente os multirresistentes, nos serviços de saúde.

Considerando que a Higiene Hospitalar constitui um serviço de importância prioritária e que a execução inadequada de suas atividades poderá acarretar sérios problemas higiênico-sanitários, o Núcleo de Higiene Hospitalar e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem como missão participar da elaboração de um Manual de limpeza e desinfecção de superfícies para que o Serviço de Higiene Hospitalar possa atualizar o conhecimento dos profissionais envolvidos e promover a prática correta dos diferentes procedimentos e rotinas.

Introdução

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, seus familiares e profissionais nos serviços de saúde.



Corroborar também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços. O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. A presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e, ainda, o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde. Dessa forma, o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde. Para o gerenciamento dos resíduos gerados, há uma comissão específica que trata o assunto, ficando o Serviço de Higiene atento no cumprimento das orientações feitas por esta comissão.

Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies.

CONCEITOS

Limpeza

O Serviço de limpeza e desinfecção nos serviços de saúde tem como objetivo, manter um ambiente limpo e preparado para o atendimento de seus clientes e a conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes da instituição. A limpeza consiste na remoção, por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade depositada nas superfícies inertes que constituem um porte físico e nutritivo para os microrganismos.

Buscando uma definição específica de limpeza, podemos entendê-la como o processo de remoção de sujidade mediante a aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período.

A energia química é proveniente de ação dos produtos que têm a finalidade de limpar através da propriedade de dissolução, dispersão e suspensão da sujeira.

A energia mecânica é proveniente a energia mecânica é proveniente de uma ação física aplicada sobre a superfície para remover a sujeira resistente à ação de produto químico. Essa ação pode ser obtida pelo ato de esfregar manualmente com esponja, escova, pano ou sob pressão de uma máquina de lavar. A energia térmica é proveniente da ação do calor que reduz a viscosidade da graxa e gordura. Se a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter ação desinfetante ou esterilizante. Consideremos então como limpeza hospitalar a limpeza das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diversas áreas



hospitalares, o que inclui pisos, paredes, janelas, mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias.

Esclarecemos que alguns microrganismos conseguem sobreviver um longo tempo em poeiras, enquanto outros são incapazes de sobreviver fora do hospedeiro por muito tempo, porém a presença de sujidade, principalmente matéria orgânica de origem humana, pode servir de substrato para a sua proliferação ou favorecer a presença de vetores, como possibilidade de transportar passivamente estes agentes.

Em outras palavras, as paredes, os pisos e o teto ocupam um papel secundário na transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde. Contanto que suas superfícies estejam intactas e secas ou que não sejam tocadas por mãos e objetos e diretamente vinculados ao organismo humano, dificilmente apresentam uma condição importante de contaminação sendo por tanto desnecessária sua desinfecção rotineira. Isso não significa que as mesmas não devam ser submetidas a processo de limpeza.

Já ao se constatar a necessidade de evitar a dispersão e circulação de poeira e de microrganismos no ar ambiente, principalmente em áreas críticas, iniciasse a especificidade da limpeza hospitalar que está relacionada com os métodos de execução, geralmente de forma úmida, molhada e/ou por aspiração e nunca por remoção seca, a qual propicia a dispersão da poeira ao ambiente.

Além disso, as áreas críticas e grande parte das áreas semicríticas são desprovidas de sistema de ralos. Se a ausência dos mesmos por um lado, é justificada para evitar a contaminação através de vetores, pela possibilidade de entrada de insetos e roedores, por outro lado é a principal causa de dificuldade para uma limpeza mais eficiente, a qual precisa ocorrer através de grande quantidade de água, esfregação mecânica e exaustão da mesma, quantas vezes seja necessário. Em outras palavras, são justamente as áreas de maior risco de disseminação de contaminação as mais difíceis de limpar.

Outra especificidade da limpeza hospitalar está relacionada com a frequência e sua abrangência, levando-se em consideração o volume e os tipos de trabalho de procedimentos e de utilização das diversas áreas hospitalares.

Há especificidade também, no que se refere às formas e características com o que essas superfícies são constituídas, comportando, portanto, diferentes métodos e tipos de produtos de limpeza.

Devemos estar atentos também aos microrganismos de relevância epidemiológica nas Infecções relacionadas à assistência à saúde, ligados a contaminação ambiental, como o *Clostridium difficile*, *Legionella* e *Aspergillus*. Nos casos de reformas hospitalares deve-se realizar



o isolamento da obra por meio de barreiras herméticas devido a grande quantidade de detritos, poeiras e fungo, que podem acometer principalmente os pacientes imunocomprometidos.

Tipos de Limpeza Hospitalar

Os tipos de limpeza relacionados a seguir estão classificados de acordo com a sua abrangência, frequência e os objetivos a serem atingidos.

a) Limpeza concorrente

É aquela realizada, de forma geral, diariamente, e inclui a limpeza de pisos, instalações sanitárias, superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários.

b) Limpeza imediata ou descontaminação.

Trata-se da limpeza quando é realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia. Tal sujidade refere-se, principalmente àquelas de origem orgânica, química ou radioativa, com riscos de disseminação de contaminação. Essa limpeza limita-se a remoção imediata dessa sujidade do local onde ela ocorreu e sua adequada dispensação. A técnica utilizada dependerá do tipo de sujidade e de seu risco de contaminação.

c) Limpeza de Manutenção

É constituída de alguns requisitos da limpeza concorrente. Limitam-se mais ao piso, banheiros e esvaziamento de lixo, em locais de grande fluxo de pessoal e de procedimentos, sendo realizada nos 03 períodos do dia (manhã, tarde e noite) conforme a necessidade, através de rotina e de vistoria contínua.

Exemplo de onde esse tipo de limpeza ocorre com frequência é o pronto atendimento ou ambulatório, devido à alta rotatividade de atendimento.

d) Limpeza Terminal

Trata-se de uma limpeza e ou desinfecção mais completa, abrangendo horizontalmente e verticalmente pisos, paredes, equipamentos, mobiliários, inclusive camas, macas e colchões, janelas, vidros, portas, peitoris, varandas, grades do ar-condicionado, luminárias, teto, etc , em todas as suas superfícies externas e internas. A periodicidade de limpeza de todos esses itens dependerá da área onde se encontram e de sua frequência de sujidade. Como exemplos, a limpeza terminal da unidade de um paciente internado deverá ser realizada a qualquer momento



após sua alta, transferência ou óbito. Já a limpeza terminal do centro cirúrgico é realizada diariamente após a realização de cirurgias eletivas do dia.

Desinfecção

A desinfecção é o processo aplicado a um artigo ou superfície, visando a eliminação dos microrganismos, exceto os esporos, e evitar o seu eventual deslocamento para outros pontos, como ocorre na limpeza. O agente utilizado para essa operação é o sabão ou detergente, seguido de enxágue e aplicação de desinfetante.

Unidade Do Paciente

A unidade do paciente compreende a cama, mesa de cabeceira, mesa de refeição, escadinha, cadeira, suporte de soro, campainha, luminária e cesto de lixo. que devem ser limpos conforme frequência preestabelecida, por funcionário da higiene. Já a limpeza e desinfecção de artigos e equipamentos como bombas de infusão, de assistência ventilatória, monitores, é de competência da equipe de enfermagem.

Produtos

- Produtos saneantes
- Critérios de compra
- Produtos utilizados na limpeza de superfícies
- Produtos utilizados na desinfecção de superfícies
- Produtos para tratamento de piso

Produtos Saneantes

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada –RDC da Anvisa nº 184, de 22 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001), entende-se por produtos saneantes e afins mencionados no art. 1º da Lei 6.360 de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976), as substâncias ou preparações destinadas a limpeza, desinfecção, desinfestação, desodorização/ odorização de ambientes domiciliar, coletivos e/ou públicos, para fins domésticos, para aplicação ou manipulação por pessoas ou entidades especializadas, para fins profissionais. Essa mesma legislação classifica esses produtos como risco 1 e risco 2.

Os produtos de risco 1 apresentam pH na forma pura maior que 2 e menor que 11,5 sendo necessária sua notificação junto a Anvisa. Nesse grupo estão incluídos os produtos de limpeza em geral e afins, que são notificados e haverá a expressão “Produto Saneante Notificado na Anvisa”, seguido do número do processo que originou a notificação.



Já os produtos de risco 2 compreendem os saneantes que apresentam pH na forma pura menor ou igual a 2 ou maior ou igual a 11,5, possuam características de corrosividade, ação desinfestante, sejam à base de microrganismos viáveis ou contenham em sua fórmula os ácidos inorgânicos: fluorídrico (HF), nítrico (HNO₃), sulfúrico (H₂SO₄) seus sais que as liberem nas condições de uso dos produtos. Esse grupo de produtos necessita ser registrado junto à Anvisa.

Para que a limpeza atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização de produtos saneantes, como sabões e detergentes nas diluições recomendadas. Em locais onde há presença de matéria orgânica, torna-se necessária a utilização de outra categoria de produtos saneantes, que são os chamados desinfetantes. Para que a desinfecção atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização das técnicas de limpeza. A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do Serviço de Limpeza, com aprovação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do Serviço de Limpeza, com aprovação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Na aquisição de saneantes, deverá existir um sistema de garantia de qualidade que atenda aos requisitos básicos exigidos pela legislação em vigor. Atenção deve ser dada à avaliação da real necessidade do produto saneante, evitando o uso indiscriminado desse produto em serviços de saúde. Quando necessária a utilização do produto saneante, deve-se levar em consideração a área em que será utilizado o determinado princípio ativo, infraestrutura, recursos humanos e materiais disponíveis, além do custo do produto no mercado.

Critérios de Compra

- Para a aquisição de produtos saneantes os seguintes itens:
- A natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada e o seu comportamento perante o produto.
- A possibilidade de corrosão da superfície a ser limpa.
- Tipo e grau de sujidade e a sua forma de eliminação.
- Tipo e contaminação e a sua forma de eliminação (microrganismos envolvidos com ou sem matéria orgânica presente).
- Recursos disponíveis e métodos de limpeza adotados.
- Grau de toxicidade do produto.
- Método de limpeza e desinfecção, tipos de máquinas e acessórios existentes.
- Concentração de uso preconizado pelo fabricante.
- Segurança na manipulação e uso dos produtos.
- Princípio ou componente ativo.
- Tempo de contato para a ação.



- Concentração necessária para a ação.
- Possibilidade de inativação perante matéria orgânica.
- Estabilidade frente às alterações de luz, umidade, temperatura de armazenamento e matéria orgânica.
- Temperatura de uso.
- PH.
- Incompatibilidade com agentes que podem afetar a eficácia ou a estabilidade do produto como: dureza da água, sabões, detergentes ou outros produtos saneantes.
- Prazo de validade para uso do produto.

Ainda, deve ser exigido do fornecedor a comprovação de que o produto está notificado ou registrado na Anvisa com as características básicas de aprovação e, se necessário, no caso de produtos com ação antimicrobiana, laudo de testes no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) ou demais laboratórios acreditados para essa análise, e finalmente, o laudo técnico do produto. No rótulo dos produtos saneantes deverá constar: o nome do produto. modo de utilização, destacando o tempo de contato do produto. precauções de uso quanto à toxicidade e necessidades de uso de EPIs. restrições de uso. composição do produto. teor de princípio ativo descrito em percentagem (%). frases relacionadas ao risco do produto. prazo de validade. data de fabricação. lote e volume. informações referentes à empresa fabricante, como nome da empresa, endereço e Cadastro seu registro no Conselho de Classe e número do registro do produto na Anvisa.

Deve ser solicitado ao fornecedor, fabricante ou distribuidor, o número da autorização de funcionamento da empresa titular do produto (empresa que registrou/notificou o produto na Anvisa) e a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), que deve ser analisada em conjunto com o Núcleo de Medicina e Segurança do Trabalho.

Produtos Utilizados na Limpeza de Superfícies

Sabões e detergentes

O sabão é um produto para lavagem e limpeza, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal.

O detergente é um produto destinado à limpeza de superfícies e tecidos através da diminuição da tensão superficial (BRASIL, 2007).



Os detergentes possuem efetivo poder de limpeza, principalmente pela presença do surfactante na sua composição. O surfactante modifica as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial facilitando a sua penetração nas superfícies.

Produtos Utilizados na Desinfecção de Superfícies

Álcool

Os álcoois, etílico e isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde, podendo ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção.

- Características: bactericida, virucida, fungicida e tuberculicida. Não é esporicida. Fácil aplicação e ação imediata.

- Indicação: mobiliário em geral.
- Mecanismo de ação: desnaturação das proteínas que compõem a parede celular dos microrganismos.

- Desvantagens: inflamável, volátil, opacifica acrílico, resseca plásticos e borrachas, ressecamento da pele.

- Concentração de uso: 60% a 90% em solução de água volume/volume. Geralmente em ambientes hospitalares é utilizado a 70 %.

Compostos liberadores de cloro ativo Inorgânicos

Os compostos mais utilizados são hipocloritos de sódio, cálcio e de lítio.

Características: bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida e esporicida, dependendo da concentração de uso. Apresentação líquida ou pó, amplo espectro, ação rápida e baixo custo.

- Indicação: desinfecção de superfícies fixas.
- Mecanismo de ação: o exato mecanismo de ação ainda não está completamente elucidado.

- Desvantagens: instável (afetado pela luz solar, temperatura >25°C e pH ácido). Inativo em presença de matéria orgânica. corrosivo para metais. odor desagradável, e pode causar irritabilidade nos olhos e mucosas.

- Concentração de uso: desinfecção 0,02% a 1,0%.

Atribuições da Equipe

As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada, além do modelo de gestão em vigor aplicado ao serviço em questão.



Embora as atribuições possam apresentar variações entre diferentes instituições, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, por meio das boas práticas de limpeza e desinfecção de superfícies.

A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento e, para tanto, se faz necessário este manual contendo todas as tarefas a serem realizadas, especificadas por cargo. O manual deve ser apresentado e estará disposição de todos os colaboradores para consulta no local de trabalho, em local de fácil acesso. Sua revisão deve ser periódica e sempre que houver mudança de rotinas.

Atribuições Técnicas para Supervisores ou Encarregados do Serviço de Limpeza

Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC):

- Adquirir EPI com certificação de aprovação, pois se refere ao CA do Ministério do Trabalho e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição.
- Capacitar ou direcionar a capacitação sobre EPI para um profissional que esteja habilitado para desenvolver treinamentos com abordagens como: tipos, onde e quando utilizar, importância da utilização, técnicas de utilização correta e adequada, riscos da não utilização e outros.
- Supervisionar o uso correto dos EPIs.
- Providenciar e disponibilizar Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e orientar os colaboradores para sua utilização.

Outras Atribuições

- Focar suas ações em consonância com a missão, visão, valores e objetivos da instituição.
- Participar e acompanhar os processos seletivos da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies por meio de estabelecimento de requisitos pertinentes ao cargo, participação em entrevistas e avaliações.
- Planejar, coordenar, implementar e supervisionar as atividades pertinentes ao serviço.
- Dimensionar pessoal, equipamentos, utensílios e materiais de limpeza e



desinfecção de superfícies.

- Desenvolver e implementar programas de educação contínua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação. A principal vantagem da educação contínua está no fato de possibilitar uma intervenção quando o erro acontece, por meio da orientação e acompanhamento, possibilitando que falhas técnicas sejam corrigidas imediatamente após sua ocorrência, ao invés de aguardar sua ocorrência, ao invés de aguardar um cronograma pré-estabelecido de reciclagem programada.
- Planejar supervisão contínua das atividades de limpeza de forma que os três turnos de trabalho sejam assegurados.
- Realizar avaliações de desempenho dos funcionários sob sua responsabilidade.
- Estabelecer o cronograma de periodicidade e de frequência dos diferentes tipos de limpeza em todos ambientes e superfícies sob responsabilidade da equipe de limpeza e desinfecção.
- Liberar quartos ou enfermarias, após vistoria.

Definições de Responsabilidades

Todo paciente hospitalizado ocupa necessariamente uma unidade que deverá ser limpa diariamente, sendo constituída basicamente por cama, mesas (refeição e cabeceira), lâmpada de cabeceira, cesto de lixo, poltrona, suporte de soro e escadinha.

Compete ao Serviço de Higiene Hospitalar executar limpeza do teto, pisos, paredes, janelas, vidros e mobiliários, não cabendo a ele a limpeza ou desinfecção de artigos específicos relativos à assistência do paciente como, bomba de infusão, monitores, cabines de fluxo laminar e artigos para assistência respiratória, que competem ao serviço de enfermagem.

Além da unidade do paciente, o Serviço de higiene é responsável pela limpeza dos banheiros, pelo posto de enfermagem, corredores, sala de utilidades, janelas, áreas específicas, como centro cirúrgico, Unidades de terapia intensiva, necrotério, laboratório, copa, cozinha e todas as demais áreas administrativas/apoio da instituição, respeitando sempre a peculiaridade de cada área.

Classificação das Áreas Hospitalares

a) Área crítica: aquelas que oferecem risco potencial para a aquisição de infecções, seja pelos procedimentos de risco invasivos realizados ou pela presença de pacientes imunodeprimidos. Outros ambientes são considerados críticos pelo risco ocupacional no manejo de substâncias infectantes.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Exemplos de áreas críticas: Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Isolamentos, Unidades de Emergência, Laboratório de Análises Clínicas e Patológicas, Central de Material e Esterilização, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Área Suja da Lavanderia e Necrotério.

b) Área semicrítica: são todas aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento. Exemplos: Enfermarias, Ambulatórios, Postos de Enfermagem, Elevadores, Corredores e Banheiro.

c) Área não crítica: são todas as áreas não ocupadas por pacientes tais como: Áreas Administrativas, Almoxarifado, Vestiários, Copas, etc.

Ressaltamos que esta classificação é utilizada para nortear o responsável pelo serviço de higiene, pois o risco de infecção está relacionado aos procedimentos aos quais o paciente é submetido, independente da área em que ele se encontra.

Quadro : Frequência da limpeza e higiene de ambientes e superfícies

Ambiente/ Superfície		Frequência	
		Limpeza concorrente	Limpeza terminal
Armários	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face Interna e Externa		Quinzenal ou na saída do paciente ou na limpeza terminal da unidade
Balcão e Bancadas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na limpeza terminal
Mobiliários sem paciente		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na limpeza terminal
Luminárias e similares		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na limpeza terminal
Janelas	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face Interna e Externa		Semanal na limpeza terminal do quarto/ unidade ou quando necessário

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Portas/ visores		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na saída do paciente
Maçanetas de portas		3 vezes ao dia (no mínimo)	
Unidade do paciente (exceto mesa de refeição)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na saída do paciente ou na limpeza terminal da unidade
Piso em geral		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Quinzenal ou na saída do paciente ou na limpeza terminal da unidade
Banheiro completo			1 vez ao dia, ou na saída do paciente ou na terminal do quarto
Banheiro (piso, área de banho, vaso, pia, torneira e acessórios)		2 vezes ao dia e sempre que necessário	
Dispensadores de sabão e álcool gel	Face externa	1 vez ao dia e sempre que necessário	
	Face Interna e Externa		Sempre ao término do produto
Toalheiro		1 vez ao dia e sempre que necessário	Sempre ao término do papel
Grades do ar-condicionado			Semanal ou sempre que necessário
Cortinas (divisórias)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Na saída do paciente (sempre que necessário) ou na limpeza terminal da unidade
Poltronas/ Sofás		1 vez ao dia e sempre que necessário	
Persianas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Na terminal da unidade
Microondas		1 vez ao dia e sempre que necessário	Na terminal do local
Geladeira (guarda de medicamentos)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Sempre que a quantidade de gelo interferir no funcionamento

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Cestos (lixo e hamper)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal ou na terminal da unidade
Vestiário (bloco cirúrgico)		1 vez ao dia e sempre que necessário	Quinzenal
Sala de guarda de materiais		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Bebedouros		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Elevadores		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Tratamento de água			Semanal ou sempre que necessário
Abrigo interno de resíduos		1 vez ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Abrigo externo de resíduos			Semanal ou sempre que necessário
Expurgo		2 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Setor de Raios-X		3 vezes ao dia e sempre que necessário	Semanal ou sempre que necessário
Arquivo morto			Mensal ou sempre que necessário

Áreas Hospitalares de Circulação:

Características: consideram-se neste documento como áreas internas com espaços livres, saguão, hall, salão, corredores, rampas, escadas e escadas externas, revestidas com pisos frios pertencentes às áreas críticas e semicríticas relacionadas.

As rotinas das tarefas e as frequências de limpeza a serem executadas nestas áreas seguirão cronograma previamente elaborado.

Vidros Externos



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Características:

- vidros externos são aqueles localizados nas fachadas das edificações.
- vidros externos com exposição à situação de risco são aqueles existentes em áreas consideradas de risco, necessitando, para a execução dos serviços de limpeza, a utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou ainda, andaimes .
- a frequência de limpeza deve ser definida, de forma a atender as especificidades e necessidades características da unidade contratante.

Áreas Externas

No presente documento considera-se como áreas externas todas as áreas das unidades de assistência à saúde situada externamente às edificações, tais como: estacionamentos, pátios, passeios, entre outras.

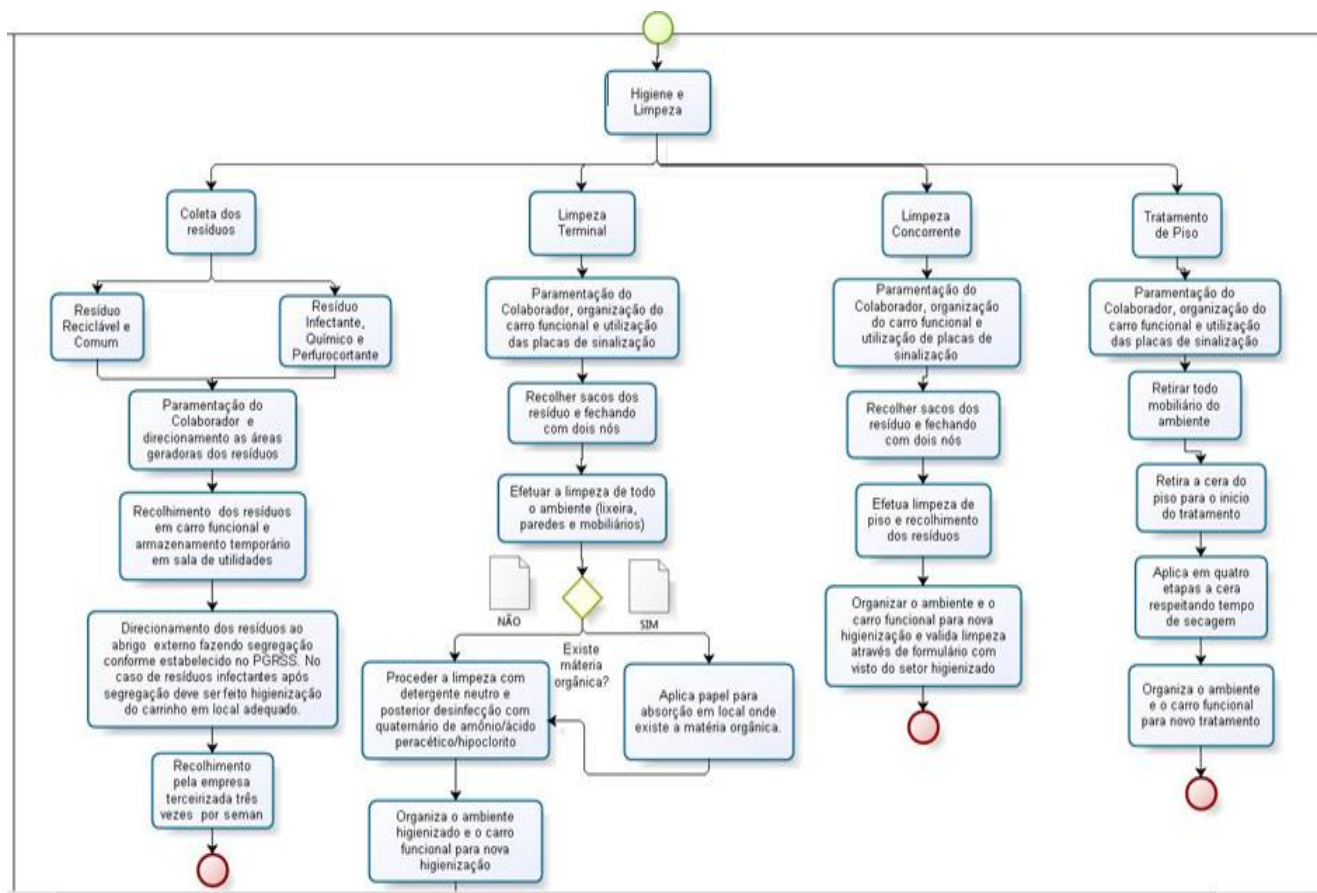
Características: consideram-se áreas externas – pisos pavimentos adjacentes / contíguos às edificações aquelas áreas circundantes aos prédios, revestidas de cimento, lajota, cerâmica entre outras.

Salas Administrativas Hospitalares Não Críticas.

Todas as demais áreas de assistência à saúde, não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, são consideradas como áreas hospitalares não críticas.

Fluxo : Fluxograma do Serviço de Limpeza e Higiene

RJ



A frequência da limpeza e higiene das áreas, de acordo com sua classificação, segue abaixo:

Área Crítica: no mínimo três vezes ao dia e toda vez que necessário

Áreas Críticas são áreas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microrganismos patogênicos, tais como: Centro Cirúrgico, Recuperação pós-anestésica, Central de material esterilizado, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Isolamento, Hospital (geral), Área de Acolhimento e Espera, Expurgos, Laboratórios de Análises Clínicas, Agência Transfusional, Áreas de preparo e manipulação de alimentos e dietas, Salas de procedimentos invasivos, Área suja da lavanderia, Necrotério e Similares.



Área Semicrítica: no mínimo duas vezes ao dia e toda vez que necessário

Áreas semicríticas são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, tais como: Unidade de Internação, Unidade de Atendimento Ambulatorial, Centro de Radiodiagnóstico e Similares.

Área Não Crítica: no mínimo uma vez ao dia e toda vez que necessário

Áreas Não Críticas são todas as áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção, tais como refeitórios, áreas limpas de lavanderia e similares, entre outras. Abrangem áreas internas em geral, áreas externas (pisos adjacentes/contíguos às edificações, pátios, passeios, arruamentos e áreas verdes), esquadrias externas e fachadas envidraçadas.

5.3.6.4 Lavanderia e Rouparia

Os serviços deverão contar com capacidade técnica operativa e profissional – equipe técnica para o processamento adequado e as condições necessárias para desinfecção, higienização, acondicionamento de toda a roupa processada de maneira a garantir a qualidade dos serviços prestados, bem como a retirada e entrega da roupa por meio de veículos adequados e o controle do enxoval circulante, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária e demais normas e legislações em vigor. Será contratada empresa para a prestação deste serviço.

O serviço de Lavanderia Hospitalar é responsável pelo processamento da roupa e logística extra-hospitalar, se houver, entregando o enxoval em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada e conforme cronograma por área.

Sua importância está ligada a:

- ✓ Controle das infecções;
- ✓ Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- ✓ Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- ✓ Racionalização de tempo e material;
- ✓ Redução dos custos operacionais.

O processamento das roupas hospitalares será executado em conformidade com a exigência contida na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/GM e Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (ANVISA).



O enxoval será entregue e recolhido em locais e horários determinados sendo que o quantitativo de roupa a ser processada será pesada em balança eletrônica, com etiqueta e controle em sistema das pesagens.

O serviço estará contemplado no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme preconiza a NR 9, que compõe a Portaria nº 3.214 de 08/06/78 e suas alterações.

A Rouparia Hospitalar cuida da disponibilidade adequada das roupas hospitalares em cada unidade de saúde, gerenciando a sua conservação, da sua renovação e controla as eventuais perdas por desgaste, desaparecimento ou destruição. Assim sendo, controlará o enxoval, estoques, distribuição e evasão de cada área de atendimento, por meio de camareiras. A arrumação de leito desocupado é de responsabilidade das camareiras dimensionadas para cada setor.

A equipe de rouparia será responsável pelo controle das roupas hospitalares executando as seguintes atividades:

- ✓ Recolhimento de roupa suja nos entrepostos de cada setor;
- ✓ Transporte de roupa suja até a lavanderia (para processamento);
- ✓ Conferência e liberação para processamento por meio de pesagem eletrônica.
- ✓ Serviço de costura e manutenção de roupas;
- ✓ Recebimento de roupa limpa e processada;
- ✓ Conferência de qualidade de processamento;
- ✓ Controle de qualidade (conservação) das roupas hospitalares;
- ✓ Distribuição de roupas em "gaiolas" de transporte;
- ✓ Transporte final da roupa para armazenamento e posterior utilização;
- ✓ Gestão da reposição do enxoval.
- ✓ Gestão da evasão
- ✓ Arrumação do leito desocupado.

A BHCL apresentará o Plano de Trabalho e o Manual de Boas Práticas para os serviços de Lavanderia e Rouparia, após o início das atividades, onde serão definidos os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), adaptados às necessidades da Unidade Hospitalar, para aprovação da SES.

5.3.6.5 Serviço de Controle de Acesso e Vigilância

Controle de Acesso



O sistema de controle de acesso compreende o conjunto de barreiras físicas presentes no ambiente do hospital, tais como portas e controlados por meio de um sistema de controle de acesso.

As atividades de segurança relacionadas ao controle de acesso contemplarão a divisão do ambiente entre áreas públicas e restritas e, ainda, a divisão das áreas restritas por perfis de acesso para cada tipo de trabalhador, evitando, assim, que pessoas não autorizadas tenham acesso às áreas críticas como, por exemplo, o centro cirúrgico, entre outras.

Portaria – Controlador de Acesso

A execução de serviços de controle, operação e fiscalização das portarias nos postos fixados pela BHCL, envolve a alocação, de empregados capacitados para:

- Comunicar imediatamente ao agente responsável, qualquer anormalidade verificada, aglomeração de pessoas, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão previamente definido;
- Manter afixado, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, dos responsáveis pela administração da unidade, da brigada de incêndio, da equipe de segurança do trabalho, da Ouvidoria e outros de interesse;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas, devendo fornecer para isso crachás de visitantes;
- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência física e documental, ou de controles próprios do hospital;
- Controlar a entrada e a saída de veículos, empregados e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana, na conformidade de que venha a ser estabelecido pela BHCL;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e outros semelhantes às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados pelo hospital;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como do estacionamento de veículo, anotar eventuais irregularidades e comunicar ao Supervisor;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando às condições de segurança;



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- Colaborar com as Polícias Municipal, Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do Poder Concedente facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de suas atividades;
- Realizar a passagem de plantão ao próximo controlador de acesso que o assumirá, incluindo as ocorrências e anomalias observadas.

Vigilância

A execução de serviços de vigilância no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho envolve a contratação de profissionais capacitados para:

- Comunicar imediatamente ao supervisor, ou agente responsável pelo serviço, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Comunicar ao supervisor ou agente responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido como irregular e que atente contra seu patrimônio;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas imediações do posto, adotando as medidas de segurança, conforme Procedimento Operacional Padrão previamente definido;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;
- Colaborar com a recepção auxiliando na entrada de apenas 01 acompanhante por paciente;
- Proibir todo e qualquer tipo de atividade comercial junto ao posto e imediações, que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como de bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Manter-se no posto de trabalho de acordo com protocolo estabelecido na unidade;
- Executar a(s) ronda(s) diária(s), de acordo com o Procedimento Operacional Padrão previamente definido, verificando todas as dependências das instalações, adotando os cuidados e providências necessários para o perfeito desempenho das atividades e manutenção da ordem nas instalações do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho;

RJ



- Fiscalizar a entrada e saída de materiais, nas diversas portarias, mediante conferência física e documental, ou de controles próprios do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho;
- Todas as atribuições e atividades do controlador de acesso, apoiando a manutenção da ordem e segurança interna e externa da unidade

5.4 Política de Recursos Humanos

5.4.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações

A **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL** investe no treinamento e desenvolvimento dos seus colaboradores, passando pelo Programa de Integração, que tem por objetivo transmitir as políticas internas da Organização, para capacitar e integrar o novo colaborador ao ambiente de trabalho. Com o intuito de capacitar constantemente seus colaboradores, a BHCL conta com um plano de Treinamento & Desenvolvimento (T&D) para contemplar seus colaboradores. Além de capacitações técnicas, a BHCL realiza, ainda, um programa de Desenvolvimento Humano que trabalha as competências comportamentais.

O programa de desenvolvimento humano da **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL**, tem como pilares o acolhimento e a aprendizagem significativa, com o objetivo de aguçar os sentidos em busca do crescimento pessoal e profissional. A consolidação do processo se dá por meio do acesso ao conhecimento, práticas profissionais monitoradas com reflexão crítica dos envolvidos no processo, e por fim, e de forma contínua, a repetição. Para a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL**, formação e trabalho só poderão evoluir e se tornarem produtivos ao meio, se os fizermos por meio da tríade: conhecimento, prática e repetição.

A proposta de implantação do programa de desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores do **HEJ** consiste na cultura organizacional do acolhimento, tanto na gestão setorial quanto no controle social.

O desenvolvimento humano, por envolver questões psicossociais, será abordado de forma a desenvolver desde as necessidades individuais com orientações específicas na solução de problemas corriqueiros até questões mais complexas referentes a gerenciamento de conflitos, organização do trabalho, gestão do tempo de trabalho,

otimização das tarefas realizadas e manutenção do nível de excelência dos serviços prestados.

A fonte de informações, base concreta para aplicação do programa, será alimentada por casos concretos da unidade hospitalar em questão bem como o de outras unidades da rede pública estadual, de idêntico perfil, e a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho — em cada serviço de saúde — que serão identificadas as necessidades de qualificação e desenvolvimento, garantindo a relevante aplicação dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, propiciando:

- Popularização Institucional - com inclusão;
- Soluções Criativas - para problemas críticos;
- Trabalho em Equipe - com empatia;
- Melhoria Permanente da Qualidade - o cuidado à saúde;
- Principais Fundamentos - éticos e humanísticos;
- A Humanização em Prática - com o uso da tecnologia.

A partir destas premissas, executaremos o programa de desenvolvimento pessoal e profissional totalmente atrelado à Gestão de Trabalho com valorização do humano, da técnica e da tecnologia. Tal metodologia impactará tanto no indivíduo, nas relações interpessoais, nos processos pré-definidos, no acolhimento e cuidado da saúde, quanto na satisfação dos serviços prestados e na credibilidade da função sanitária estatal, ou seja, nas questões de natureza tecnopolítica que implicam na articulação de ações institucionais.

Levantamento de Necessidade de Treinamento – LNT

O treinamento e desenvolvimento (T&D) é parte fundamental do processo de aprimoramento das habilidades na carreira dos colaboradores e pensando nisso o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT), tem seu papel fundamental para estratégia do negócio, onde conseguimos avaliar e treinar os profissionais com relação às competências técnicas, também conhecidas como hard skills e prevê o desenvolvimento das habilidades comportamentais (soft skills).

Centro de treinamento de líderes - CTL

Os líderes são direcionadores do capital humano, são eles que disseminam os valores, a visão, missão, as regras, os comportamentos esperados, bem como as metas e objetivos de curto, médio e longo prazo. Por isso, quanto mais preparados os gestores estiverem, maiores



também serão as chances de conquistar bons resultados com suas equipes. O CTL terá foco nos seguintes pontos:

- a. Desenvolvimento, capacitação contínua e personalizada para todos que atuam nas lideranças de pessoas e processos;
- b. Manutenção dos pontos fortes e fortalecimento dos pontos fracos e desenvolvimento dos que precisam de melhoria é muito importante para o sucesso do plano estratégico da organização.

Fábrica de talentos:

Melhor que recrutar novos talentos é despertar talentos A adormecidos e/ou desconhecidos dentro das organizações. Tal tarefa exige um processo eficaz, que vai muito além apenas da entrevista comportamental. Sendo assim, a **BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE - BHCL**, além de utilizar processos de recrutamento e seleção que possibilitem a escolha dos melhores profissionais, desenvolve meios para identificar E nos profissionais que atuam na operação dos serviços de cuidado à saúde, os talentos até então desconhecidos ou mesmo adormecidos e não trabalhados. Trata-se de uma poderosa ferramenta de gestão que proporciona uma visão completa da capacidade humana dentro da organização através das seguintes ações:

- a. Entender a necessidade da unidade, o perfil profissional e priorizar o capital intelectual;
- b. Atuar com os Recursos Humanos de maneira estratégica: pessoas certas nos lugares certos;
- c. Apresentar a unidade sob novo ponto de vista: da cultura organizacional;
- d. Utilizar redes sociais, plataformas e diferentes ferramentas, como meio de inclusão social;
- e. Continuar treinando e investindo no talento de nosso colaborador.

Desenvolvimento pessoal e profissional:

O crescimento pessoal e desenvolvimento profissional são as principais razões para os colaboradores se sentirem motivados com seus trabalhos, pois todos os profissionais anseiam evoluir. Ter uma equipe bem preparada contribui diretamente para o aumento do nível de



satisfação ao oferecer e ser reconhecido por prestar um atendimento personalizado e de qualidade para os usuários da rede pública de saúde.

Proposta de Projeto de Desenvolvimento Humano com Pesquisa Periódica de Clima Organizacional para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho

1. Introdução

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho é uma instituição referência em serviços de saúde, comprometida com a excelência no atendimento e na promoção da saúde da comunidade local. No entanto, o hospital reconhece que sua maior força reside em seus colaboradores. O desenvolvimento contínuo desses profissionais é essencial para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

O presente projeto visa implementar uma política integrada de Desenvolvimento Humano com o objetivo de fortalecer a cultura organizacional, promover o crescimento pessoal e profissional dos colaboradores e garantir um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo. Um dos pilares deste projeto será a realização periódica de Pesquisas de Clima Organizacional, que permitirão à gestão identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas e preventivas, garantindo a satisfação dos colaboradores e a retenção de talentos.

2. Objetivos Gerais

Os objetivos deste projeto estão alinhados com a missão do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho de proporcionar saúde de qualidade, bem como assegurar o bem-estar de seus colaboradores. Para alcançar esses objetivos, a instituição pretende:

- **Promover o desenvolvimento humano** através de programas contínuos de capacitação e aprimoramento das competências técnicas e comportamentais.
- **Fomentar a retenção de talentos**, criando um ambiente de trabalho que valorize o colaborador, reconhecendo suas conquistas e oferecendo oportunidades de crescimento.
- **Melhorar o clima organizacional** de forma contínua, utilizando a pesquisa de clima como uma ferramenta estratégica para monitorar a satisfação e engajamento dos colaboradores.
- **Incentivar a liderança e gestão de pessoas** dentro da instituição, preparando gestores para atuar como líderes estratégicos, capazes de motivar e guiar suas equipes para a excelência.
- **Garantir a equidade e inclusão no ambiente de trabalho**, promovendo a diversidade e criando políticas que assegurem a igualdade de oportunidades para todos os colaboradores.



3. Princípios e Valores

O sucesso deste projeto está baseado em princípios e valores fundamentais que orientam todas as ações de gestão de pessoas no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho. São eles:

- **Ética e Transparência:** Todas as ações e decisões devem ser orientadas pela integridade, honestidade e transparência. A comunicação aberta e a responsabilidade são pilares fundamentais da gestão de pessoas.
- **Respeito e Dignidade:** Tratar todos os colaboradores com respeito, garantindo a dignidade humana e promovendo um ambiente de trabalho inclusivo e justo.
- **Excelência Profissional:** O desenvolvimento contínuo de competências e habilidades é essencial para a excelência nos serviços prestados pelo hospital. A busca pela melhoria constante deve ser uma prática diária.
- **Comprometimento com a Saúde e Segurança:** O bem-estar físico e mental dos colaboradores deve ser prioridade. Assegurar um ambiente de trabalho seguro e saudável é fundamental para garantir a produtividade e satisfação.

4. Estrutura do Projeto

O Projeto de Desenvolvimento Humano será estruturado em três eixos principais:

- Desenvolvimento de Pessoas;
- Clima Organizacional;
- Gestão de Talentos.

Cada um desses eixos será abordado com ações específicas, com metas claras e indicadores de sucesso definidos.

4.1. Eixo 1: Desenvolvimento de Pessoas

4.1.1. Programa de Integração

O **Programa de Integração** será uma das primeiras iniciativas do projeto, garantindo que os novos colaboradores se familiarizem com a cultura organizacional e as políticas do hospital desde o primeiro dia. A integração adequada é essencial para reduzir o turnover inicial e aumentar o engajamento dos novos colaboradores.

- **Objetivo:** Facilitar a adaptação dos novos colaboradores, promovendo um ambiente acolhedor e integrando-os rapidamente às equipes de trabalho.
- **Ações:**
 - o Implementar um **Programa de Integração** para todos os novos colaboradores, realizado no primeiro dia de trabalho.
 - o Apresentar a missão, visão, valores e políticas do hospital, bem como as expectativas em relação ao desempenho.
 - o Oferecer um tour guiado pela instituição, apresentando as principais áreas e

setores.

- o Disponibilizar um manual de integração com informações detalhadas sobre o hospital e seus processos.

4.1.2. Treinamento e Capacitação

O desenvolvimento contínuo dos colaboradores é um dos pilares fundamentais para garantir a excelência dos serviços prestados pelo Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho. Um **Plano Anual de Treinamento e Capacitação** será elaborado para garantir que todas as necessidades de desenvolvimento sejam atendidas.

- **Objetivo:** Atualizar e aprimorar os conhecimentos e habilidades dos colaboradores, garantindo que estejam preparados para enfrentar os desafios diários e fornecer o melhor atendimento aos pacientes.
- **Ações:**
 - o **Identificação de Necessidades de Treinamento (LNTD):** Cada setor deverá realizar, anualmente, uma análise das necessidades de capacitação de seus colaboradores, com base em indicadores de desempenho, novas tecnologias e mudanças nos processos de trabalho.
 - o **Plano Anual de Treinamento:** Um plano será desenvolvido para cada setor, contemplando tanto treinamentos técnicos quanto comportamentais. O plano deve incluir treinamentos obrigatórios, como segurança no trabalho, além de capacitações específicas para cada função.
 - o **Modalidades de Treinamento:** Serão oferecidos treinamentos presenciais, à distância (EAD) e on-the-job, garantindo flexibilidade e acessibilidade para todos os colaboradores.
 - o **Programas de Desenvolvimento de Lideranças:** Capacitar os gestores para que desenvolvam competências essenciais de liderança, comunicação e gestão de pessoas.

4.1.3. Avaliação de Desempenho

A **Avaliação de Desempenho** é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento individual e institucional. Através de um sistema de avaliação por competências, o hospital poderá identificar pontos fortes e áreas de melhoria em cada colaborador, proporcionando feedbacks construtivos.

- **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos colaboradores de forma contínua, promovendo o desenvolvimento individual e assegurando que as metas institucionais sejam alcançadas.
- **Ações:**
 - o Implementar um sistema de **Avaliação por Competências**, que avalie tanto as



habilidades técnicas quanto comportamentais.

- o Realizar **avaliações semestrais**, com a participação ativa dos colaboradores e de seus gestores.
- o Estabelecer **Planos de Desenvolvimento Individual (PDI)** para cada colaborador, com metas e prazos específicos para o aprimoramento de suas competências.

4.2. Eixo 2: Clima Organizacional

4.2.1. Pesquisa de Clima Organizacional

A **Pesquisa de Clima Organizacional** será uma ferramenta estratégica utilizada pelo **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** para monitorar continuamente o nível de satisfação e engajamento dos colaboradores. Esta pesquisa permitirá à gestão identificar áreas críticas e implementar ações corretivas de forma proativa.

- **Objetivo:** Diagnosticar o ambiente de trabalho, identificando fatores que afetam a satisfação, produtividade e bem-estar dos colaboradores.
- **Ações:**
 - o **Periodicidade:** Realizar a pesquisa de clima organizacional anualmente, garantindo uma visão contínua sobre o ambiente de trabalho.
 - o **Instrumento:** Utilizar um questionário anônimo, abrangendo temas como condições de trabalho, relacionamento com lideranças, oportunidades de desenvolvimento e comunicação interna.
 - o **Análise dos Resultados:** Os dados coletados serão analisados por uma equipe multidisciplinar, que identificará as áreas críticas e proporá ações corretivas.
 - o **Feedback aos Colaboradores:** Os resultados da pesquisa serão divulgados de forma transparente a todos os colaboradores, garantindo que tenham conhecimento das áreas que serão trabalhadas.

4.2.2. Ações de Melhoria do Clima Organizacional

A partir dos resultados da **Pesquisa de Clima Organizacional**, o hospital deverá desenvolver ações específicas para promover melhorias no ambiente de trabalho. Essas ações podem variar desde intervenções pontuais em setores com problemas específicos, até programas institucionais de maior alcance.

- **Objetivo:** Implementar ações que melhorem continuamente o clima organizacional, promovendo um ambiente de trabalho saudável, justo e motivador.
- **Ações:**
 - o **Programas de Qualidade de Vida no Trabalho:** Promover iniciativas que equilibrem a vida profissional e pessoal dos colaboradores, como horários

flexíveis, atividades de lazer e eventos sociais.

- o **Reconhecimento e Valorização dos Colaboradores:** Criar programas de reconhecimento que valorizem os colaboradores que se destacam, tanto pelo desempenho quanto pelo comportamento alinhado aos valores da instituição.
- o **Comunicação Interna:** Melhorar os canais de comunicação interna, garantindo que todos os colaboradores tenham acesso às informações necessárias de forma clara e transparente. Serão utilizados meios como intranet, newsletters, murais informativos, aplicativos corporativos e reuniões periódicas de equipe para garantir que as informações circulem de forma eficiente e que todos estejam alinhados com as metas e objetivos do hospital.
- **Incentivo à Participação:** Desenvolver mecanismos que incentivem a participação ativa dos colaboradores em processos decisórios e melhorias contínuas. Por meio de comitês multidisciplinares, fóruns abertos, reuniões e enquetes internas, o hospital buscará ouvir a voz dos colaboradores, assegurando que suas sugestões e preocupações sejam consideradas no planejamento institucional.
- **Monitoramento Contínuo do Clima:** Estabelecer um sistema de monitoramento contínuo do clima organizacional, além das pesquisas anuais. Este monitoramento permitirá que a gestão detecte rapidamente eventuais insatisfações e promova ações corretivas antes que se tornem problemas maiores.

4.3. Eixo 3: Gestão de Talentos

A **Gestão de Talentos** é um elemento-chave para a retenção de profissionais capacitados e motivados no **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**. Este eixo foca em práticas estruturadas de recrutamento, retenção e desenvolvimento de carreiras.

4.3.1. Recrutamento e Seleção

O processo de **Recrutamento e Seleção** será conduzido de forma estratégica, com o objetivo de atrair e selecionar os melhores talentos, alinhados à cultura organizacional do hospital.

- **Objetivo:** Atrair e contratar profissionais qualificados que compartilhem dos valores da instituição e contribuam para o desenvolvimento contínuo da equipe.
- **Ações:**
 - o **Definição de Perfis de Competências:** Cada cargo terá um perfil de competências claramente definido, contemplando tanto as habilidades técnicas quanto as comportamentais necessárias.
 - o **Processos Seletivos Transparentes:** As seleções serão realizadas de forma objetiva, transparente e imparcial, utilizando ferramentas de avaliação baseadas em competências.



- o **Promoção Interna:** Sempre que possível, serão priorizadas as promoções internas, oferecendo aos colaboradores a oportunidade de crescimento e ascensão dentro da instituição.

4.3.2. Retenção de Talentos

A retenção de talentos é um dos maiores desafios enfrentados pelas instituições de saúde. Para reduzir o turnover e manter uma equipe qualificada, o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** implementará políticas de valorização profissional e desenvolvimento contínuo.

- **Objetivo:** Manter os profissionais estratégicos na instituição, garantindo que se sintam valorizados e motivados a contribuir com o hospital.
- **Ações:**
 - o **Reconhecimento e Recompensa:** Desenvolver programas de reconhecimento, como bônus por desempenho, prêmios internos e promoções, que valorizem os colaboradores com base em seu comprometimento e desempenho.
 - o **Programas de Qualidade de Vida no Trabalho:** Implementar programas que promovam o bem-estar dos colaboradores, como auxílio saúde, ginástica laboral, programas de apoio psicológico e atividades de integração social.
 - o **Plano de Carreira:** Estruturar um plano de carreira claro e acessível, que ofereça aos colaboradores oportunidades de crescimento, baseadas em meritocracia e desenvolvimento contínuo.
 - o **Pesquisas de Satisfação Interna:** Além da pesquisa de clima organizacional, pesquisas específicas de satisfação serão realizadas periodicamente para identificar áreas que precisam de atenção especial em termos de retenção.

4.3.3. Planejamento de Sucessão

O **Planejamento de Sucessão** garante a continuidade dos negócios, identificando e preparando potenciais sucessores para cargos-chave dentro do hospital.

- **Objetivo:** Assegurar que a instituição tenha profissionais capacitados e preparados para assumir posições de liderança e responsabilidade no futuro.
- **Ações:**
 - o **Mapeamento de Competências Críticas:** Identificar as competências necessárias para as posições de liderança e mapear os colaboradores que apresentam potencial para desenvolver essas habilidades.
 - o **Programas de Mentoria e Coaching:** Implementar programas de mentoria e coaching, onde líderes experientes possam orientar e desenvolver os futuros gestores.
 - o **Monitoramento e Avaliação de Potenciais Sucessores:** Realizar avaliações

periódicas dos colaboradores identificados como potenciais sucessores, verificando seu desenvolvimento e oferecendo feedback contínuo para seu aprimoramento.

5. Desenvolvimento de Lideranças

O desenvolvimento das lideranças é essencial para garantir que os gestores do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** sejam capacitados a conduzir suas equipes com eficiência, garantindo a coesão e o alinhamento com os valores e metas institucionais.

5.1. Programa de Desenvolvimento Gerencial

O **Programa de Desenvolvimento Gerencial** é uma iniciativa voltada para capacitar gestores e coordenadores a liderarem suas equipes de forma eficaz, alinhada à missão e aos valores do hospital.

- **Objetivo:** Formar líderes capazes de inspirar suas equipes, gerenciar recursos de forma eficiente e promover um ambiente de trabalho positivo e produtivo.
- **Ações:**
 - **Capacitação em Liderança Situacional:** Oferecer treinamentos em liderança situacional, adaptando o estilo de liderança às necessidades e características da equipe.
 - **Gestão de Pessoas e Conflitos:** Capacitar os gestores para gerenciar conflitos e construir um ambiente de trabalho colaborativo e harmonioso.
 - **Inteligência Emocional:** Desenvolver competências emocionais nos gestores, permitindo que liderem suas equipes de forma equilibrada, empática e justa.
 - **Troca de Experiências:** Promover workshops e encontros entre líderes para troca de experiências e melhores práticas de gestão.

5.2. Avaliação de Liderança

A **Avaliação de Liderança** é uma ferramenta essencial para monitorar o desempenho dos gestores, garantindo que suas práticas estejam alinhadas às expectativas institucionais.

- **Objetivo:** Acompanhar e aprimorar continuamente o desempenho dos gestores, promovendo a melhoria constante da liderança dentro do hospital.
- **Ações:**
 - **Avaliações 360 Graus:** Implementar avaliações 360 graus, onde os gestores são avaliados por seus superiores, pares e liderados, oferecendo uma visão ampla e detalhada de seu desempenho.
 - **Estabelecimento de Indicadores de Desempenho:** Definir indicadores de desempenho específicos para líderes, focados em resultados, gestão de pessoas e alinhamento com a cultura organizacional.



- o **Feedbacks Estruturados:** Proporcionar feedback contínuo aos gestores, destacando seus pontos fortes e áreas de melhoria, e estabelecendo planos de desenvolvimento individual para cada líder.

6. Saúde, Segurança e Bem-Estar no Trabalho

O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** tem como prioridade promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, que assegure o bem-estar físico e mental de seus colaboradores.

6.1. Saúde Ocupacional

A saúde ocupacional é fundamental para garantir que os colaboradores desempenhem suas funções de forma segura e eficiente. Programas de prevenção e promoção de saúde serão implementados em toda a instituição.

- **Objetivo:** Prevenir doenças ocupacionais e promover a saúde física e mental dos colaboradores.
- **Ações:**
 - o **Exames Médicos Periódicos:** Realizar exames periódicos para monitorar a saúde dos colaboradores e identificar precocemente eventuais problemas de saúde.
 - o **Campanhas de Saúde:** Promover campanhas de vacinação, prevenção de doenças crônicas e incentivo a hábitos de vida saudáveis.
 - o **Apoio Psicológico:** Oferecer programas de apoio psicológico e assistência social aos colaboradores que necessitem de acompanhamento.

6.2. Segurança no Trabalho

Garantir a segurança dos colaboradores é uma responsabilidade da instituição, que adotará medidas rigorosas de prevenção de acidentes e promoção de um ambiente de trabalho seguro.

- **Objetivo:** Minimizar os riscos de acidentes de trabalho, garantindo a segurança dos colaboradores em todas as atividades.
- **Ações:**
 - o **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):** Implementar e monitorar o PPRA, assegurando que todos os riscos ambientais sejam identificados e mitigados.
 - o **Treinamentos de Segurança:** Realizar treinamentos obrigatórios sobre segurança no trabalho, protocolos de emergência e uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI).
 - o **Monitoramento de Incidentes:** Monitorar e investigar incidentes, adotando medidas corretivas para evitar a repetição de falhas.

6.3. Qualidade de Vida no Trabalho

A **Qualidade de Vida no Trabalho** é um fator importante para o bem-estar dos colaboradores, e o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** adotará políticas que incentivem o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

- **Objetivo:** Melhorar a qualidade de vida dos colaboradores, proporcionando um ambiente de trabalho equilibrado e saudável.
- **Ações:**
 - o **Horários Flexíveis:** Implementar horários flexíveis em setores onde essa medida seja viável, permitindo que os colaboradores ajustem suas rotinas de acordo com suas necessidades pessoais.
 - o **Atividades de Lazer e Integração:** Promover eventos sociais, culturais e esportivos que incentivem a interação entre os colaboradores e contribuam para um ambiente de trabalho mais agradável e colaborativo.
 - o **Programas de Reconhecimento:** Estabelecer programas de reconhecimento ao mérito, premiando os colaboradores que se destacarem por seu desempenho e compromisso com os valores institucionais.

7. Políticas de Inclusão, Diversidade e Ética

O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** está comprometido com a promoção de um ambiente de trabalho inclusivo, ético e diverso, que respeite e valorize as diferenças.

7.1. Inclusão e Diversidade

Promover a diversidade é um valor central para o hospital, que busca garantir igualdade de oportunidades para todos os colaboradores, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou qualquer outra característica pessoal.

- **Objetivo:** Construir um ambiente de trabalho inclusivo e respeitoso, que valorize a diversidade e promova a igualdade de oportunidades.
- **Ações:**
 - o **Igualdade de Oportunidades:** Garantir que todos os processos seletivos e promoções sejam conduzidos de forma imparcial, sem qualquer tipo de discriminação.
 - o **Acessibilidade:** Adaptar o ambiente de trabalho para garantir a acessibilidade a pessoas com deficiência, promovendo a inclusão de todos.
 - o **Conscientização sobre Diversidade:** Realizar campanhas e treinamentos que promovam a conscientização sobre diversidade cultural, racial e de gênero, incentivando um ambiente de respeito e cooperação.

7.2. Código de Ética e Conduta



O **Código de Ética e Conduta** do hospital estabelece diretrizes claras para o comportamento dos colaboradores, garantindo que todas as ações sejam conduzidas com base em valores éticos.

- **Objetivo:** Orientar os comportamentos e decisões dos colaboradores, alinhados aos princípios éticos da instituição.
- **Ações:**
 - o **Divulgação do Código de Ética:** Divulgar amplamente o **Código de Ética e Conduta** do hospital, garantindo que todos os colaboradores estejam cientes de suas responsabilidades.
 - o **Treinamentos em Ética Profissional:** Realizar treinamentos periódicos sobre ética profissional e conduta adequada no ambiente de trabalho.
 - o **Canais Confidenciais para Denúncias:** Estabelecer canais confidenciais para que os colaboradores possam denunciar condutas inadequadas de forma segura e anônima, assegurando que todas as denúncias sejam investigadas e tratadas de forma justa.

8. Gestão de Desempenho e Remuneração

A gestão de desempenho e a política de remuneração devem estar alinhadas com as melhores práticas de mercado, garantindo que o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** ofereça salários competitivos e justos, recompensando os colaboradores pelo seu desempenho.

8.1. Política Salarial

A **Política Salarial** do hospital será baseada em critérios claros e objetivos, assegurando que os colaboradores recebam uma remuneração justa e compatível com suas responsabilidades.

- **Objetivo:** Garantir que os salários dos colaboradores estejam alinhados com as melhores práticas de mercado, promovendo a justiça e a transparência na política de remuneração.
- **Ações:**
 - o **Pesquisa de Mercado:** Realizar pesquisas salariais periódicas para garantir que os salários oferecidos pelo hospital estejam alinhados às práticas do mercado.
 - o **Critérios de Aumento Salarial:** Definir critérios claros e objetivos para aumentos salariais, baseados em desempenho, antiguidade e metas alcançadas.
 - o **Transparência na Remuneração:** Garantir que todos os colaboradores compreendam as políticas de remuneração e os critérios para promoções e aumentos salariais.

8.2. Benefícios

Além de uma política salarial justa, o hospital oferecerá um pacote de benefícios que atenda às necessidades dos colaboradores, contribuindo para sua satisfação e bem-estar.

- **Objetivo:** Oferecer benefícios que garantam o bem-estar dos colaboradores, alinhados



com as melhores práticas do setor.

- **Ações:**

- **Plano de Saúde e Odontológico:** Oferecer planos de saúde e odontológico de qualidade, garantindo que os colaboradores tenham acesso a cuidados de saúde abrangentes.
- **Vale-Alimentação e Auxílio-Transporte:** Disponibilizar benefícios como vale-alimentação e auxílio-transporte, que ajudam a cobrir despesas básicas dos colaboradores.

9. Gestão de Conhecimento e Inovação

A **Gestão do Conhecimento e Inovação** é uma área estratégica que visa garantir que o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** esteja sempre à frente em termos de tecnologia, práticas clínicas e gestão.

9.1. Educação Continuada

A **Educação Continuada** é uma ferramenta essencial para garantir que os colaboradores estejam sempre atualizados com as melhores práticas e inovações na área da saúde.

- **Objetivo:** Promover o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, assegurando que estejam sempre atualizados com as melhores práticas e inovações do setor.
- **Ações:**
 - **Incentivo à Educação:** Oferecer bolsas de estudo, cursos de capacitação e apoio financeiro para especializações e pós-graduações.
 - **Grupos de Estudo e Pesquisa:** Criar grupos de estudo e pesquisa dentro do hospital, incentivando a troca de conhecimentos entre os colaboradores.
 - **Participação em Congressos e Eventos:** Incentivar a participação dos colaboradores em congressos, seminários e eventos da área de saúde, promovendo a troca de experiências e o acesso a novas práticas e tecnologias.

9.2. Gestão do Conhecimento

A **Gestão do Conhecimento** visa garantir que todo o conhecimento adquirido pelos colaboradores seja registrado, compartilhado e utilizado de forma estratégica pela instituição.

- **Objetivo:** Garantir a preservação e compartilhamento do conhecimento, promovendo uma cultura de aprendizado contínuo.
- **Ações:**
 - **Sistemas de Gestão do Conhecimento:** Implementar sistemas de gestão do conhecimento, como bases de dados e uma intranet, para facilitar o acesso à informação e ao conhecimento institucional.
 - **Documentação de Processos:** Estabelecer políticas de documentação de



processos, garantindo que todo o conhecimento adquirido seja registrado de forma acessível a todos os colaboradores.

- o **Compartilhamento de Boas Práticas:** Promover encontros regulares para que os colaboradores possam compartilhar boas práticas e inovações, incentivando a disseminação do conhecimento.

10. Responsabilidade Social e Sustentabilidade

O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** reconhece sua responsabilidade não apenas com seus colaboradores e pacientes, mas também com a comunidade e o meio ambiente. Por isso, adota práticas de responsabilidade social e sustentabilidade em todas as suas atividades.

10.1. Engajamento Social

O engajamento social é um compromisso do hospital com a comunidade local, promovendo o bem-estar social e a inclusão.

- **Objetivo:** Contribuir para o desenvolvimento social da comunidade local e promover a inclusão social.
- **Ações:**
 - o **Participação em Projetos Sociais:** O hospital participará de projetos sociais voltados à saúde, como campanhas de vacinação, doação de sangue, e programas de prevenção de doenças.
 - o **Voluntariado:** Incentivar o voluntariado entre os colaboradores, permitindo que eles contribuam com seu tempo e habilidades em projetos sociais da comunidade.
 - o **Parcerias com ONGs:** Estabelecer parcerias com organizações não-governamentais e outras instituições que promovem a saúde e o bem-estar social na comunidade.

10.2. Sustentabilidade Ambiental

A sustentabilidade ambiental é um compromisso do hospital em minimizar o impacto de suas atividades sobre o meio ambiente.

- **Objetivo:** Adotar práticas sustentáveis que minimizem o impacto ambiental das atividades hospitalares.
- **Ações:**
 - o **Redução de Resíduos:** Implementar programas de redução de resíduos, com foco em reciclagem e manejo adequado de resíduos hospitalares.
 - o **Uso Eficiente de Recursos:** Promover o uso consciente de recursos naturais, como água e energia, adotando tecnologias que reduzam o consumo e os desperdícios.



- o **Compras Sustentáveis:** Adotar práticas de compras sustentáveis, priorizando fornecedores que compartilhem do compromisso com a sustentabilidade e o meio ambiente.

11. Compliance e Legislação Trabalhista

A conformidade com as leis trabalhistas e a implementação de políticas internas claras são fundamentais para o funcionamento adequado da gestão de pessoas no **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**.

11.1. Conformidade Legal

O hospital compromete-se a seguir rigorosamente todas as legislações trabalhistas aplicáveis, garantindo que os direitos dos colaboradores sejam respeitados.

- **Objetivo:** Assegurar o cumprimento de todas as obrigações legais trabalhistas, prevenindo litígios e garantindo um ambiente de trabalho justo.
- **Ações:**
 - o **Atualização Constante sobre a Legislação:** Manter-se atualizado sobre todas as mudanças na legislação trabalhista e implementar as adequações necessárias.
 - o **Auditorias Internas:** Realizar auditorias internas periódicas para garantir que todas as práticas de gestão de pessoas estejam em conformidade com a legislação.
 - o **Assessoria Jurídica:** Disponibilizar assessoria jurídica para lidar com questões trabalhistas e garantir o cumprimento de todas as obrigações legais.

11.2. Políticas Internas

A criação de políticas internas claras e acessíveis é fundamental para garantir a compreensão e o cumprimento de todas as normas e procedimentos.

- **Objetivo:** Desenvolver políticas e procedimentos claros que orientem o comportamento e as práticas de gestão de pessoas no hospital.
- **Ações:**
 - o **Elaboração de Manuais e Políticas:** Desenvolver manuais e políticas internas acessíveis a todos os colaboradores, detalhando normas de conduta, procedimentos e direitos dos trabalhadores.
 - o **Treinamentos sobre Políticas:** Realizar treinamentos regulares sobre as políticas internas, garantindo que todos os colaboradores compreendam suas responsabilidades.
 - o **Monitoramento e Aplicação de Políticas:** Monitorar continuamente a aderência às políticas internas e aplicar medidas disciplinares quando necessário.

12. Indicadores e Avaliação da Política de Desenvolvimento Humano



A política de desenvolvimento humano do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho será constantemente monitorado e avaliado para garantir sua eficácia e alinhamento com as necessidades da instituição e dos colaboradores.

12.1. Monitoramento de Indicadores

- **Objetivo:** Avaliar a eficácia das políticas de recursos humanos e desenvolvimento humano implementadas.
- **Ações:**
 - o **Definição de Indicadores-Chave:** Definir indicadores de sucesso, como taxa de turnover, absenteísmo, produtividade e satisfação dos colaboradores.
 - o **Análise Periódica de Indicadores:** Realizar análises periódicas dos indicadores e comparar os resultados com as metas estabelecidas.
 - o **Ajuste de Estratégias:** Com base nos resultados dos indicadores, ajustar estratégias e implementar melhorias contínuas no desenvolvimento humano e na gestão de pessoas.

12.2. Revisão da Política

A política de desenvolvimento humano será revisada regularmente para garantir que continue a atender às necessidades da instituição e de seus colaboradores.

- **Objetivo:** Manter a política atualizada e alinhada com as mudanças no mercado de trabalho e nas necessidades internas.
- **Ações:**
 - o **Revisão Anual:** Revisar a política de desenvolvimento humano anualmente, incorporando feedbacks dos colaboradores e mudanças legislativas ou institucionais.
 - o **Consultas a Colaboradores e Gestores:** Envolver colaboradores e gestores no processo de revisão da política, garantindo que suas necessidades e preocupações sejam consideradas.
 - o **Aprovação pela Diretoria:** Todas as alterações na política serão submetidas à diretoria executiva para aprovação antes de serem implementadas.

O Projeto de Desenvolvimento Humano do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho é um documento vivo, projetado para evoluir com as necessidades da instituição e de seus colaboradores. Ao implementar estas diretrizes, a instituição não apenas cumpre suas obrigações legais, mas também se compromete a criar um ambiente de trabalho justo, saudável e produtivo, onde cada colaborador possa desenvolver seu potencial ao máximo.

Através de uma gestão de pessoas eficiente, baseada em valores éticos, excelência profissional e compromisso com o bem-estar de todos, o hospital reafirma seu compromisso com



a saúde da comunidade e com o desenvolvimento de seus colaboradores. O sucesso da instituição depende diretamente do engajamento, satisfação e desenvolvimento de sua equipe, e é com este compromisso que este projeto de desenvolvimento humano será implementado e continuamente aprimorado.

5.4.2 Apresentação de plano de cargos e salários

A BHCL entende que para uma gestão de RH ética, e transparência na relação laboral, é importante ter elaborado o Plano de Cargos e Salários.

O Plano de Cargos e Salários elaborado pelos Assessores Técnicos da BHCL contém a descrição do cargo, com as competências, habilidades e tempo de experiência necessários para a assunção do cargo.

O Plano de Cargos e Salários encontra-se apresentado na íntegra, em **Anexo 18**.

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

5.4.3.1 Normas para Seleção de Pessoal

A admissão dependerá da prévia aprovação em Processo Seletivo constituído, conforme documento Norteador de Recrutamento e Seleção. O candidato à vaga somente será admitido mediante aprovação no Processo Admissional que contempla o exame médico, que é realizado pelo SESMT - Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho e entrega da documentação, que é realizada para a Administração de Pessoal.

O Recrutamento Interno poderá ocorrer da seguinte maneira:

- ✓ **Recrutamento Interno na Própria Unidade:** o processo seguirá o padrão de divulgação e etapas previstas e/ou complementadas em conjunto com o solicitante, é realizada abertura de processo dentro da Unidade de origem do colaborador, os processos são validados pela área de Movimentação e são realizadas as etapas do processo, finalizando com as entrevistas.
- ✓ **Recrutamento Interno na rede de Unidades Administradas pela BHCL, por Região:** o processo seguirá o padrão de divulgação e etapas previstas e/ou complementadas em conjunto com o solicitante, após escolha do candidato, a área de



R&S irá constituir um banco de talentos, que permanecerá ativo por 6 (seis) meses, para eventual demanda da mesma opção por outro solicitante, destinada a mesma categoria.

- ✓ **Promoção Direta por Performance:** Gestor preenche formulário de avaliação para Promoção Direta por Performance e encaminha encaminhando para a área de Movimentação para que possa analisar, se o colaborador atende aos requisitos do cargo pleiteado. Após aprovação em todas as etapas do processo o profissional é contratado por período de experiência de 90 (noventa) dias, subdividido em dois períodos iguais de 45 (quarenta e cinco) dias cada um, sendo que, se não houver manifestação de nenhuma das partes envolvidas, ao final dos 90 (noventa) dias passa a vigorar por prazo indeterminado, em conformidade com o artigo 445 parágrafo único da CLT.

MODELO DE REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 1º Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas Unidades Assistenciais de Saúde.

Art. 2º O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPÍTULO II

Do Processo De Seleção

Título I – Das Competências

Art. 3º No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete.

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial.

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal.

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - À área de Recursos Humanos da Unidade Assistencial.

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.

RJ



b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4º O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da Unidade Assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

§1º. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

§2º. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

§3º. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos.

I - Substituição de um colaborador.

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5º O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6º O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas.

I – Primeira Etapa. análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa. os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações.

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa. os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa. os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7º As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

Artigo 8º A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo à vaga, sendo que apenas qualifica o candidato ao perfil de vaga oferecida, podendo o processo seletivo servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Artigo 9º Será assegurado aos portadores de necessidades especiais o direito de participação no processo seletivo, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei Federal nº 8.213/91.

Artigo 10. As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a contratação de pessoas jurídicas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPÍTULO III

DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Artigo 11. A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após decorridos 06 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão.

§1º. Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo;

§ 2º. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.



CAPÍTULO IV

DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Artigo 12. A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho Administrativo, as normas técnicas aplicáveis, a legislação trabalhista vigente, as convenções coletivas de trabalho de cada região, os acordos coletivos e individuais de trabalho, a competitividade de mercado, localização geográfica da unidade requisitante e por outras variáveis que impactarem nas dimensões econômicas, administrativas e jurídicas como meio hábil a assegurar remunerações compatíveis com as atividades, grau de escolaridade, experiência dos profissionais;

Artigo 13. Terá seu contrato de trabalho rescindido o colaborador que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares não cumprir a jornada de trabalho, a carga horária semanal, apresentar desempenho insatisfatório, não cumprir as metas previamente estabelecidas ou ainda, incorrer em qualquer infração que acarrete, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho falta passível de desligamento.

Parágrafo Único. A BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE poderá adotar critérios de avaliação de desempenho diferenciados para cada unidade gerenciada, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pela administração pública contratante/conveniente.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 14. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Artigo 15. O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Data; Assinaturas

Será entregue aos Colaboradores, o Código de Integridade, Ética e Compliance, e o modelo desenvolvido pela BHCL segue em **Anexo 19**.

Figura. Capa do Código de Integridade, Ética e Compliance



Fonte: BHCL, 2022

5.4.3.2 Processo de Admissão e Contrato de Trabalho

O processo de contratação de pessoal será totalmente baseado no regime da CLT.

Candidatos aprovados no processo de Recrutamento e Seleção deverão apresentar documentação após divulgação do exame admissional.

Relação de Documentos para Admissão

- ✓ Carteira de Trabalho;
- ✓ 1 cópia do Título de Eleitor;
- ✓ 1 cópia do certificado de reservista ou dispensa;
- ✓ 1 cópias do comprovante de residência (água, luz, telefone);



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- ✓ 1 cópias do CPF;
- ✓ 1 cópias da carteira de identidade – RG;
- ✓ 1 cópia do conselho no qual é cadastrado (ex: COREN, CRM, outros);
- ✓ 1 fotos 3x4 (recente);
- ✓ 1 cópia do PIS;
- ✓ 1 cópia certidão de casamento ou nascimento;
- ✓ 1 cópia da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, dos filhos menores de 05 anos;
- ✓ 1 cópia do cartão de vacinas, atualizado, do candidato;
- ✓ 1 cópia do diploma ou histórico escolar;
- ✓ 1 cópia do certificado de especialização, sem houver;
- ✓ Exame médico admissional;
- ✓ Apresentar dados bancários de conta corrente ou poupança.

OBS.: Somente será efetuada a admissão se todos os documentos solicitados forem apresentados dentro do prazo de uma semana.

Após a entrega da documentação exigida, é elaborado o contrato de trabalho conforme especificidades do cargo e segundo a CLT. O contrato de trabalho deve ser assinado no dia da Integração de novos colaboradores.

Modelo: Contrato de Trabalho

Contrato de Experiência

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa XXXXXXXXXXXX com sede à RUA XXXXX, XX, XXXXXXXXXXXX, cidade XXXXXX, Estado XX, inscrita no CNPJ do MF sob No. XXXXXXXXXXXXXXXX denominada Empregadora, e o Sr....., domiciliado a Rua....., Bairro....., cidade....., Estado....., portador da CTPS No./Série 99999/999/XX doravante designado Empregado, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições vigentes:

1. O Empregado trabalhará para o Empregador na função de e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas ou avisos, segundo as necessidades da Empregadora desde que compatíveis com as suas atribuições.
2. O local de trabalho situa-se O MESMO DA EMPRESA podendo a Empregadora, a qualquer tempo, transferir o Empregado a título temporário ou definitivo, tanto no



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

âmbito da unidade para a qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste Estado ou de outro País, em conformidade com o parágrafo 1º. Do artigo 469 da Consolidação das Leis do Trabalho.

3. O horário de trabalho do Empregado será o seguinte: 2ª. à 6ª. : Das 08:00 às 12:00 – das 13:00 às 17:00.
4. O Empregado perceberá a remuneração de R\$ 0,00 por mês (valor por extenso em reais).
5. O prazo deste contrato é de 45 dias, com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX.
6. Além dos descontos previstos em Lei, reserva-se a Empregadora o direito de descontar do Empregado as importâncias correspondentes aos danos causados por ele, com fundamento no parágrafo 1º. Do artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho.
7. O Empregado fica ciente do Regulamento da Empresa e das Normas de Segurança que regulam suas atividades na Empregadora e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.
8. Permanecendo o Empregado a serviços da Empregadora após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.
9. A rescisão do presente contrato, sem justa causa, por parte da Empregadora ou do Empregado, antes do término do contrato, implicará em indenização, e por metade, a indenização que teria direito até o término do contrato, conforme art. 479 e 480 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Tendo assim contratado, assim o presente instrumento, em duas vias, presença da testemunha abaixo.

XXXX, ... de de

INSTITUTO

Nome do Empregado

Testemunha

Responsável quando menor

PRORROGAÇÃO DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Por mútuo acordo, o presente contrato de experiência fica prorrogado até XX/XX/XXXX.
XXXX, ... de de

ENTIDADE

Nome do Empregado

Remuneração

O processo de remuneração do colaborador será operacionalizado pela Administração de Pessoal. Neste setor será realizado todo controle de remuneração dos colaboradores, seguindo as exigências legais das Consolidações das Leis do Trabalho e das Convenções Coletivas das classes de trabalho da Instituição.

É assegurado ao trabalhador, além da remuneração base, valores como adicional noturno, adicional de insalubridade, adicional de periculosidade, salário-família, auxílio creche, e outros, de acordo com as respectivas convenções de trabalho e de acordo com as especificidades de cada cargo.

Além desses itens, é assegurado o pagamento do 13º. salário e Férias remuneradas de até 30 dias para todos os colaboradores, independentemente do cargo que assumem.

Desligamento

O gestor deve verificar junto a Administração de Pessoal, com antecedência, se o colaborador a ser desligado possui alguma estabilidade. A Administração de Pessoal é responsável por verificar todas as estabilidades possíveis (Representação Sindical, CIPA, Aposentadoria, Dissídio Coletivo da Classe, Maternidade e Afastamentos Médicos) e dar retorno ao Gestor.

Com a decisão do desligamento, o Gestor deve informar a Administração de Pessoal os dados do colaborador a ser desligado. Esta comunicação deve seguir alçada de aprovação, Gestor Imediato ou Gestor Mediato, Gestor de RH, Diretoria Responsável e Diretoria Corporativa.

É de responsabilidade de o Gestor Imediato ou Gestor Mediato comunicar o colaborador sobre seu desligamento, explicar os motivos e orientá-lo a se apresentar imediatamente na Administração de Pessoal.

O Gestor deve programar a comunicação do desligamento para o início do plantão do colaborador a ser desligado e o dia deve estar previamente combinado com a Administração de Pessoal.

Férias

RJ



O Gestor deve enviar (via correio eletrônico) a comunicação do gozo de férias de seus respectivos colaboradores para Administração de Pessoal com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando a data de início das férias. Quando este caírem sobre dias não úteis, o início das férias deve ser programado para o primeiro dia útil seguinte.

Cada colaborador deve entregar sua carteira de trabalho profissional para Administração de Pessoal seguindo o prazo de 30 dias de antecedência do início das suas férias.

A Administração de Pessoal enviará aos gestores a programação do mês com antecedência de 10 (dez) dias da data de início das férias.

O pagamento será efetuado através de crédito em conta corrente com antecedência de 02 (dois) dias do início das férias. O colaborador deverá comparecer na Administração de Pessoal para assinatura do recibo na mesma data do pagamento.

Para o recebimento do 13º. salário junto ao pagamento de férias o mesmo deverá ser solicitado conforme Legislação vigente.

5.4.3.3 Avaliação de Desempenho

A Avaliação por Competências é uma análise feita para avaliar a performance dos funcionários de uma empresa, relacionando o desempenho atual do profissional com as competências desejadas para o cargo, possibilitando a identificação de problemas e oportunidades de desenvolvimento na área de gestão de pessoas.

Objetivos da Avaliação de Desempenho por Competências:

- Melhorar o desempenho no que de fato importa;
- Estimular eficácia na comunicação interna e cultura de feedback;
- Identificar GAPS de competências;
- Avaliar potencial;
- Maior clareza do que é esperado pelo colaborador;
- Ter o histórico de desenvolvimento de cada colaborador
- Justiça interna
- Estimula o desenvolvimento das competências que são necessárias para a eficácia em todas as atribuições dos cargos;
- Estimula o líder a desenvolver as competências de liderança, para que seja capaz de orientar e desenvolver a equipe.
- Estreita o relacionamento entre líder e liderado, ou seja, entre avaliador e avaliado;
- Ferramentas objetiva e mensurável, que pode ser utilizada por qualquer profissional;



- O critério de mensuração não depende da subjetividade dos gestores e nem da equipe gestora do projeto;
- Gera credibilidade e fortalece a parceria entre RH e gestores de todos os níveis;
- O RH ganha visibilidade de toda empresa, podendo ocupar uma posição cada vez mais estratégica na gestão da empresa.

5.4.3.4 Sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

Absenteísmo

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente.

A problemática do absenteísmo tem gerado muitas discussões a respeito de suas razões objetivas e subjetivas e vários campos do conhecimento tem sido chamado a contribuir para o seu entendimento, a Psicologia, a Sociologia, a Ergonomia.

O absenteísmo tem exigido muito das organizações e de seus administradores, pois suas causas estão atreladas a diversos fatores, que vão desde questões sociais, saúde, gestão de pessoas, entre outros problemas, tornando assim, este tema complexo.

Seu efeito é negativo, onde a ausência dos trabalhadores diminui a produção, reflete nos indicadores de qualidade de forma negativa e como consequência repercute diretamente na economia.

O absenteísmo é um problema muito sério na atividade hospitalar. A importância da atuação dos funcionários, em virtude de se lidar com vidas humanas, o funcionamento 24 horas sete dias por semana, a necessidade de atenção e cuidado em atividades críticas requer que os funcionários estejam não só presentes como bem-dispostos para o trabalho.

O absenteísmo é um sintoma de que algo não vai bem com o funcionário no aspecto pessoal físico/social/psicológico/financeiro (doença/problemas particulares do funcionário, doença/problemas particulares de familiares próximos, outros empregos etc.) ou em relação à empresa (desmotivado por algum motivo, antipatia com a chefia etc.).

Cabe ao chefe do funcionário, se necessário com o auxílio do RH, identificar as causas do absenteísmo e combatê-las.

A liderança deverá trabalhar os pontos que lhe são afetos e o RH deverá identificar a necessidade de eventuais ajustes na política de salários, benefícios, recrutamento e seleção etc.



Além disso, o RH poderá identificar a necessidade de orientações para a própria chefia do funcionário no sentido de mudar atitudes em relação a um determinado funcionário ou aos funcionários que lhe são subordinados.

A política de gestão de pessoas no sentido de reduzir o absenteísmo será composta por um processo de bonificar os funcionários que não tenham nenhuma falta em 6 meses e 12 meses corridos.

A bonificação será uma combinação de remuneração em dinheiro e em prioridade na escolha de períodos de férias e plantões.

Essa estratégia tem funcionado muito bem em diversos hospitais.

O RH da unidade de saúde adotará uma metodologia de gestão de pessoas cujo objetivo não é mudar de forma radical a postura dos trabalhadores.

As pessoas não precisam ser administradas e sim devem ser consideradas parceiras da organização hospitalar.

Pode-se dividir o absenteísmo em dois grupos.

- Ausências legítimas
- Ausências não-justificadas

SUGESTÕES DE CONDUTAS

a) Analisar a Situação

O absenteísmo excessivo não só prejudica o cumprimento das metas de trabalho, causando grandes dificuldades operacionais, mas também põe em dúvida a habilidade de gerentes, chefes, supervisores, em lidar com o problema. Assim, é imperativo que se controle as ausências não-justificadas.

Muitas vezes, a diferença entre supervisores com problemas de absenteísmo e aqueles sem problema é apenas o tempo que eles dedicam a análise dos índices de comparecimento ao trabalho. Esses índices podem revelar situações graves e identificar os funcionários que estão apresentando distorções no índice de absenteísmo.

b) Demonstrar Preocupação

Demonstrar ao funcionário que se está ciente da situação e preocupado com o caso. Em geral, isso será suficiente para corrigir a situação. Contudo, se as ausências persistirem mesmo depois de demonstrar a preocupação, deve-se passar para o estágio seguinte.

c) Explicar as Consequências



Explicar ao funcionário faltoso todas as consequências de sua atitude e as dificuldades que sua ausência causa ao setor, seja relembrando os aspectos da política da unidade de saúde ou os ditames da legislação trabalhista.

Ao apontar as consequências de ausências excessivas, será levado em consideração o indivíduo. Bons funcionários não se transformam em problemas da noite para o dia.

Nesta etapa, será avaliado o relacionamento do funcionário com a chefia ou mesmo com colegas de trabalho.

d) Aplicar as Normas da Unidade de Saúde

Por mais bem dirigida que seja a política da Unidade quanto ao absenteísmo, ela não terá nenhum valor, a menos que a aplique na ocasião oportuna.

Profissionais de Enfermagem

Observar a Proposta de "Regimento do Serviço de Enfermagem". Capítulo VI, Art. 250 , parágrafo sexto. "As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito a suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho".

O parágrafo sétimo, do citado Art. afirma que. "As faltas nos dias uteis também representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares".

Outros Profissionais

A coordenação responsável pelo funcionário deverá aplicar a medida disciplinar adequada.

Estímulo à Produção

O estímulo à produção compõe-se de um conjunto de fatores importantes e interligados.

Ambiente de trabalho estimulante e equânime

Salários competitivos

Possibilidade de crescimento profissional

Remuneração adicional atrelada a desempenho profissional (meritocracia).

A BHCL adota essa política de estimular os profissionais da instituição.



PREVENINDO O ABSENTEÍSMO

a) Treinamento do funcionário recém-contratado

Será incluído na programação do treinamento introdutório a política da Unidade de Saúde missão, visão, valores, regimentos, normas, protocolos. Nesta oportunidade serão abordadas as consequências do alto índice de absenteísmo para a Unidade e para a equipe de trabalho.

b) Treinamento Mensal

Este tema deverá ser incluído periodicamente nos treinamentos mensais.

c) Desenvolver uma Política de Reconhecimento e Valorização

Será instituída uma política de reconhecimento e valorização dos funcionários, com salários justos, benefícios, incentivos ao desenvolvimento e participação.

Em uma gestão moderna, como a que será implantada na Unidade, o ser humano não pode mais ser tratado como um recurso. A sua área de hoje em diante, será de VH - Valores Humanos.

Afirma atualmente a literatura especializada que "não existe nenhuma técnica inovadora de gestão que seja implantada na empresa se ela não estiver centrada no indivíduo. Ele é o grande desencadeador das mudanças na sua organização. A empresa moderna só será realmente vencedora se dedicar tempo e investimento aos seus valores humanos".

Por esta razão que para combater elevados índices de absenteísmo, serão Implementadas, na Unidade, programas e benefícios que devem atender a dois campos de objetivos. os da Instituição e dos funcionários.

A. Medicina Preventiva

Além de disponibilizar o atendimento médico, inerentes a saúde ocupacional, serão implementadas ações de medicina preventiva como campanhas de vacinação, campanhas de prevenção de doenças como hipertensão, enfermidades relacionadas ao aparelho respiratório, AIDS, diabetes, saúde bucal, entre outras.

B. Programa de Ginástica Laboral

Por meio de convênio com Universidades e Faculdades serão realizadas duas vezes por semana, aulas de 10 a 15 minutos de ginástica laboral, promovendo a integração entre os funcionários e a diminuição do absenteísmo por dores lombares.

C. Relatórios Gerenciais



O Departamento de Recursos Humanos emitirá relatórios mensais de faltas indicando as ausências justificadas e não justificadas, para que sejam analisados pelos gestores dos diversos setores, objetivando o acompanhamento das faltas de cada funcionário e da sua área de atuação como um todo.

Administração de Cargos e Salários e Remuneração

Conhecer a remuneração como componente fundamental às estratégias de Recursos Humanos, diante do cenário de uma economia competitiva, compreendendo o processo e as técnicas básicas para a estruturação e implantação de um plano de cargos e salários. Adquirir uma visão prática para o desenvolvimento e análise de descrição e especificação de cargos. Fundamentos para a implantação e manutenção de uma estrutura de cargos e salários em busca de melhor aproveitamento do potencial humano da empresa e otimização dos resultados.

A descrição de cargos consiste em definir os papéis da equipe de trabalho na organização, suas responsabilidades, competências, habilidades e atitudes desejadas na estrutura. Esta descrição de cargos está alinhada com a avaliação de desempenho e procedimentos operacional padrão.

A política de remuneração é definida de modo a manter-se competitiva no mercado, capaz de atrair, reter e motivar os profissionais.

Realizaremos pesquisas de mercado com segmentos da área da saúde. Os resultados da pesquisa permitem a definição de faixas salariais perfeitamente alinhadas aos valores praticados pelo mercado.

As relações com os Sindicatos e entidades de classe serão mantidas e aprimoradas, com base no reconhecimento recíproco dos direitos e deveres dos empregados da organização.

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

5.4.4.1 Registro e controle de pessoal

O registro de ponto é obrigatório, pessoal e intransferível para todos os colaboradores, exceto para cargos de confiança (gerência e diretoria).

O horário de trabalho deverá ser rigorosamente respeitado e registrado nos horários de entrada, intervalo para descanso e/ou refeição e de saída.



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Os registros somente poderão ser efetuados com até 10 (dez) minutos de antecedência na entrada e de 10 (dez) minutos após horário de saída. A permanência além deste horário somente pode ocorrer com autorização do Gestor Imediato.

Somente serão computadas como banco de horas ou horas extras as variações no registro de ponto superiores a 15 (quinze) minutos diários, desde que previamente autorizadas pela Diretoria responsável e informadas a Administração de Pessoal por impresso próprio ou via correio eletrônico.

Não é permitido ao colaborador registrar o ponto além do seu horário de trabalho sem estar previamente autorizado, a reincidência será considerada falta grave, devendo o mesmo ser advertido por escrito, suspenso e demitido por justa causa.

É falta grave registrar o ponto de outro colaborador, assim como registrar o ponto e não comparecer no seu local de trabalho.

Todos os colaboradores são responsáveis por informar antecipadamente, seus gestores sobre as alterações nos registros.

O Gestor é responsável por enviar a Administração de Pessoal, no dia da ocorrência por correio eletrônico, as justificativas das alterações do registro de ponto de seus colaboradores, tais como troca de folgas, mudança de horário, esquecimento de crachá, atrasos, saídas antecipadas, atestados, declaração de comparecimento ou acompanhamentos, afastamentos e outras situações que interfiram no correto registro de ponto.

As justificativas que não forem informadas a Administração de Pessoal no dia da ocorrência, devem ser informadas considerando o prazo limite, correspondente a 03 (três) dias após o fechamento do período da apuração.

Registro e Controle de Pessoal: Ponto Eletrônico

A Unidade utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado.

Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer a Unidade deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---
Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o último dia do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de RH.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

A seguir, apresentamos modelos de escalas.

5.4.4.2 Modelo de escala para o corpo de enfermagem

BHCL				ESCALA DE PLANTÃO												MÊS/ANO:		SETOR:																			
Horário	Nº Reg. Pro	Função	Nome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Plantão Diurno 1																																					
Plantão Diurno 2																																					
Plantão Noturno 1																																					
Plantão Noturno 2																																					

Líder do Setor

Gerente do Setor

Data:

LEGENDA

F = Folga
FA = Folga Adm.
LN = Licença Nojo
T = Treinamento
Fe = Férias
TA = Trein. Admissional
FS = Folga súmula 444
Fen = Folga enfermagem

 Brigada

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatui
CNPJ 50.351.626/0001-10

b) Modelo de Escala para o Corpo Médico

				ESCALA DE TRABALHO																													
				SETOR: CENTRO CIRÚRGICO																													
MÊS				MÊS																													
DIA DA SEMANA				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
NOME	CARGO	CH	VINCULO	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
	Médico	20	EFETIVO						DN							DN							DN							DN			
	Médico	24	EFETIVO				DN									DN						DN							DN				
	Médico	24	DT					DN								DN							DN							DN			
	Médico	24	EFETIVO						DN								DN						DN							DN			
	Médico	24	EFETIVO				DN									DN						DN							DN				
	Médico	24	EFETIVO					DN								DN							DN							DN			
	Médico	40	DT							DN								DN													DN		
	Médico	24	DT								DN							DN													DN		
LEGENDA:																																	
M MANHÃ		N NOITE										FL FOLGA						C COMPLEMENTAÇÃO															
T TARDE		D DIA										FE FÉRIAS																					

LEGENDA:

M

MANHÃ

N

NOITE

FL

FOLGA

C

COMPLEMENTAÇÃO

T

TARDE

D

DIA

FE

FÉRIAS

OBS.: A ESCALA ESTÁ SUJEITA A ALTERAÇÕES, CONFORME NECESSIDADE DO SERVIÇO.

1. A responsabilidade pela troca de plantão é do Médico plantonista conforme parecer número, de 2009, do Conselho Regional de Medicina.

2. Para ausentar-se do plantão o Médico escalado deve indicar um colega para substituí-lo e então informar ao Diretor Clínico.

5.4.4.3 Critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

Todo Afastamento seja por férias ou licenças deverão ser informadas nas escalas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Quando se fizer necessário, seja pela criticidade do setor ou pelo tempo de afastamento do colaborador, a BHCL poderá contratar profissionais temporários para garantir a qualidade da assistência e segurança tanto do paciente, quanto do colaborador.

Os profissionais temporários serão contratados apenas para o período necessário, sendo que seu contrato será rescindido assim que findar o prazo. Na hipótese de desligamentos ocorridos no período de cobertura ou após, e de acordo com sua avaliação de desempenho, esse colaborador pode vir a ser contratado por tempo indeterminado.

6. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

A presente Proposta seguiu o roteiro proposto no Edital de Chamamento 06/2024 – SES/GO e objetivou trazer aos itens descritos neste Plano de Trabalho, todos os requisitos dispostos, com os custos estimados e a organização e monitoramento de todas as ações.

Realizou-se o dimensionamento partindo de estudos de Hospitais e Maternidades de Média e Alta Complexidade, bem como em dados coletados na visita técnica, e buscou-se elencar os profissionais necessários a fim de iniciar prontamente a operacionalização e gestão do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

A seguir, apresentamos o Cronograma de execução das atividades.

RJ



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Integração: apresentação da OSS												
Mapeamento da unidade												
Formação do banco de talentos												
Implantação do sistema de gestão												
Capacitação de toda equipe quanto ao uso do sistema												
Adequação dos fluxos de circulação												
Engenharia Clínica												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Manutenção Predial												
Instalação do sistema de vigilância por câmeras												
Economicidade												
Gestão Corporativa												
Utilização da Conta corrente específica e exclusiva do Contrato de Gestão												
Dar suporte às áreas envolvidas para o gerenciamento do Hospital, no que tange ao planejamento e controle da parte financeira.												
Avaliação de Desempenho por Competências												
Comunicação Interna (padronização do formato a ser utilizado)												
Processos de Cargos e Salários – Descrições das Funções												
Processos de Cargos e Salários – Mapeamento de Competências Técnicas e Comportamentais												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Processo Seletivo por Gerenciamento de Currículo – cargos operacionais e de maior complexidade, estratégicos (Gerência, Coordenação, Supervisão, Chefia) da Unidade de Negócios												
Processo Admissional e Contratação dos classificados no Processo Seletivo por Gerenciamento de Currículo												
Núcleo de Vigilância Epidemiológica												
Comissão de Farmácia e Terapêutica												
Segurança do paciente												
Constituição da Comissão de Ética Médica												
Constituição da Comissão de Ética Multiprofissional												
Constituição da Comissão de Biossegurança												
Constituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários												
Constituição da Comissão de Verificação de Óbitos												
Constituição da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT												
Constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA												
Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT												
Constituição da Comissão de Documentação Médica e Estatística												
Constituição da Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)												
Constituição da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)												
Constituição da Comissão de Proteção Radiológica												
Constituição da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Constituição do Comitê Transfusional												
Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)												
Constituição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar												
Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)												
Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica												
Constituição do Comitê de Compliance												
Constituição da Comissão de Investigação, Discussão e Prevenção de Mortalidade Materna e Neonatal												
Constituição da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)												
Constituição da Comissão de Residência Médica (COREME)												
Constituição da Comissão de Ética em Enfermagem												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Implantação do Grupo de trabalho de humanização												
Implantação de ações de sustentabilidade												
Implantação do escritório de gestão de altas												
Levantamento situacional da Organização e Fluxos de Arquivo de Prontuários dos Usuários												
Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários dos Usuários												
Monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade e da produtividade												
Monitoramento de outros indicadores de qualidade												
Sistemática de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento acima												
Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário												
Implantação da pesquisa de satisfação pelo NPS												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Aplicação da Pesquisa de Satisfação												
Comunicação e Informação ao Usuário												
Implantar o Núcleo de Educação Permanente												
Realização de auditorias internas para verificação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos no processo de Educação Permanente & Desenvolvimento;												
Informar em períodos pré-determinados os resultados alcançados com o processo de Educação Permanente & Desenvolvimento;												
Realizar análise crítica do processo, visando à melhoria contínua do processo de Educação Permanente & Desenvolvimento.												
Desenvolver ações previstas no Plano de Treinamento Anual												
Realização mensal das reuniões do Núcleo de Educação Permanente e Desenvolvimento												
Levantamento Sistemático de Necessidades de Educação Permanente												
Organização de cursos, treinamentos e capacitações em conjunto com lideranças do Hospital, de acordo com o no Plano de Treinamento Anual												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Programa de Desenvolvimento de Lideranças												
Formação de Multiplicadores												
Reconhecimento de processos e adaptações necessárias à fase de implantação da gestão												
Ações de implantação de regras, normas rotinas e regulamentos												
Planejamento de ações de estágios, treinamentos, residências e campos de pesquisa												
Análise e emissão de pareceres para desenvolver atividades de estágios, residências, e campos de pesquisas												
Execução e monitoramento de ações de estágios, treinamentos, residências e campos de pesquisa (conforme aceites e solicitações de instituições)												
Implantação de processo de trabalho, normas e rotinas da área de "Educação Permanente e Desenvolvimento"												
Mapeamento dos processos e dos riscos e perigos.												
Revisão, adequação e elaboração de Documentos Institucionais: Regulamento, manuais, etc												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

Elaboração de indicadores por área												
Levantamento dos riscos ocupacionais												
Elaboração do Programa de Gestão de Riscos – PGR												
Elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO												
Implantação do Programa de Vacinação												
Programa de Controle e Redução do Absenteísmo												
Programa de Biossegurança												
Equipamentos de Proteção Individual (treinamento, distribuição e controle do uso)												
Treinamentos previstos no Norma Regulamentadora nº 32												
Implantação da CIPA												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho												
Realização dos exames médicos periódicos com indicação semestral												
Realização dos demais exames periódicos												
Implantação do PGRSS												
Elaboração e entrega do relatório de prestação de contas												



BENEFICÊNCIA HOSPITALAR DE CESÁRIO LANGE

---Fundada em 07/07/1977---

Registrado sob Nº 57 do Livro A do Cartório de Registro da Comarca de Tatuí
CNPJ 50.351.626/0001-10

- **7. PLANILHA FINANCEIRA**

A planilha financeira com os custos para o pleno funcionamento da unidade está apresentada em **Anexo 21**.

RJ

Página de assinaturas



Roberto Junior
048.461.708-70
Signatário

HISTÓRICO

30 set 2024 07:52:52		Solange Cardozo da Silva criou este documento. (Email: projeto1@bhcl.org.br)
30 set 2024 15:24:26		Roberto Gonella Junior (Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70) visualizou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil
30 set 2024 15:24:29		Roberto Gonella Junior (Email: roberto.gonella@hotmail.com, CPF: 048.461.708-70) assinou este documento por meio do IP 67.159.247.254 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

