

IPGSE

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - IPGSE

Hospital Estadual de Jataí
Dr. Serafim de Carvalho

PROPOSTA DE TRABALHO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde





Proposta de Trabalho do Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados - IPGSE, para realizar o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 06/2024 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

SUMÁRIO

OBJETIVO DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA	21
SOBRE O IPGSE	21
EXPERIÊNCIAS DO IPGSE	27
CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ (HEJ)	47
FA.1 ÁREA DE ATIVIDADE	65
1.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES INDIVIDUALIZADAS PARA O ESTABELECIMENTO/UNIDADE DE SAÚDE	66
1.1.1 Implantação de fluxos individualizados ao perfil da unidade de saúde.....	67
1.1.1.1 Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	68
1.1.1.2 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados/Roupas.....	145
1.1.1.3 Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).....	163
1.1.2 Implantação de Gestão.....	185
1.1.2.1 Implantação de Logística de Suprimentos.....	185
1.1.2.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade.....	210
1.1.2.3 Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional	274
1.1.2.4 Proposta de projeto de Tecnologia da Informação com vista ao Controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	304
1.1.2.5 Proposta para Regimento do Corpo Clínico	384
1.1.3 Implantação de Processos	394
1.1.3.1 Manuais de Protocolos Assistenciais.....	394
1.1.3.2 Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos	863
1.2 INCREMENTO DE ATIVIDADES	889
1.2.1.1 Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	889
FA.2 ÁREA DE QUALIDADE	932

2.1 AVALIA MEDIDAS DE PROPOSTA DE TRABALHO PARA A IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES	932
2.1.1 Qualidade Objetiva – Avalia Medidas da Proposta de Trabalho	932
2.1.1.1 Comissão de Ética Médica	932
2.1.1.2 Comissão de Ética Multiprofissional	938
2.1.1.3 Comissão de Biossegurança	943
2.1.1.4 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (CCIRAS)	947
2.1.1.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	957
2.1.1.6 Comissão de Verificação de Óbitos	966
2.1.1.7 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT)	972
2.1.1.8 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	981
2.1.1.9 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)	991
2.1.1.10 Comissão de Documentação Médica e Estatística	997
2.1.1.11 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	1004
2.1.1.12 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	1018
2.1.1.13 Comissão de Proteção Radiológica	1029
2.1.1.14 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	1035
2.1.1.15 Comitê Transfusional	1044
2.1.1.16 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	1052
2.1.1.17 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	1060
2.1.1.18 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	1066
2.1.1.19 Comissão de Farmácia Terapêutica	1073
2.1.1.20 Comitê de Compliance	1079
2.1.1.21 Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil	1087
2.1.1.22 Outras Comissões	1094

2.1.1.22.1 Comissão de Humanização	1094
2.1.1.22.2 Comissão de Eventos	1100
2.1.1.22.3 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.....	1104
2.1.1.22.4 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	1111
2.1.1.22.5 Comissão Interna de Qualidade.....	1120
2.1.1.22.6 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele.....	1132
2.1.1.22.7 Núcleo Interno de Regulação (NIR).....	1141
2.1.1.23 Desenvolvimento da unidade.....	1150
2.1.1.23.1 Projeto de Educação Permanente Individualizada para o Estabelecimento de Saúde	1150
2.1.1.23.2 Fluxo de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos para a Unidade de Saúde	1175
2.1.1.23.3 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.....	1246
2.1.1.23.4 Projeto de Hospital Ensino para a unidade	1252
2.1.2 Qualidade Subjetiva – Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital HEJ: Acolhimento e Atendimento.....	1275
2.1.2.1 Acolhimento	1275
2.1.2.1.1 Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de risco	1275
2.1.2.1.2 Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários.....	1286
2.1.2.2 Atendimento	1289
2.1.2.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente	1289
2.1.2.2.2 Proposta de desenvolvimento das ações da Ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.....	1291

FA.3 QUALIDADE TÉCNICA 1298

- 3.1 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..... 1298
- 3.1.1 Experiências anteriores em gestão hospitalar..... 1298
- 3.1.1.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil (OSC) na Gestão de Hospitais por quantidade igual ou Superior a 200 leitos 1298
- 3.1.1.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil (OSC) na Gestão de Hospitais por quantidade igual ou Superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos..... 1300
- 3.1.1.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil (OSC) na Gestão de Hospitais por quantidade igual ou Superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos 1563
- 3.1.1.4 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 1618
- 3.1.1.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente..... 1620
- 3.2.1 Estrutura e Experiência da Diretoria..... 1623
- 3.2.1.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1623
- 3.2.1.2 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 1632
- 3.2.1.3 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 1669
- 3.3.1 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar..... 1733
- 3.3.1.1 1Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho..... 1733
- 3.3.1.2 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência) 1745
- 3.3.1.3 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 2011

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3.3.1.4	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos	2649
3.3.1.5	Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios	3698
3.3.1.6	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.....	3705
3.3.1.7	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico	3710
3.4.1	Implementação e Funcionamento de outros Serviços	4323
3.4.1.1	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	4323
3.4.1.2	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima	4328
3.4.1.3	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	4378
3.4.1.4	Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	4405
3.4.1.5	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.....	4463
3.5.1	Política de Recursos Humanos	4489
3.5.1.1	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações	4489
3.5.1.2	Apresentação de plano de cargos e salários.....	4504
3.5.1.3	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.....	4654
3.5.1.4	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	4694
3.6.1	Metodologia de Projetos	4709
3.6.1.1	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis	4709
ANEXOS	4732

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de Leitos HERSO - 08/2021	28
Tabela 2 - Distribuição de Leitos HERSO - 08/2021	29
Tabela 3 - Distribuição de Leitos HERSO - 88/2022	30
Tabela 4 - Distribuição de Leitos HERSO - Termo de Colaboração nº104/2024	31
Tabela 5 - Serviços da Policlínica de Quirinópolis	33
Tabela 6 - Capacidade Instalada HEJ	48
Tabela 7 - Especialidades Multiprofissionais Urgência HEJ	49
Tabela 8 - Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais HEJ	50
Tabela 9 - Metas de Produção Internação HEJ	54
Tabela 10 - Metas de Produção Ambulatório HEJ	55
Tabela 11 - Cirurgias Eletivas Oftalmológicas HEJ	55
Tabela 12 - Metas de Produção Cirurgias Eletivas HEJ	56
Tabela 13 - Metas de Produção SADT Externo HEJ	57
Tabela 14 - Indicadores de Desempenho HEJ	64
Tabela 15 - Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais HEJ	99
Tabela 16 - Distribuição de Refeições do Colaborador	139
Tabela 17 - Distribuição de Refeições do Acompanhante	140
Tabela 18 - Distribuição de Refeições do Paciente	140
Tabela 19 - Distribuição de Dietas Enterais	141
Tabela 20 - Subdivisão de áreas CME	148
Tabela 21 - Dimensionamento de Lixeiras HEJ	184
Tabela 22 - Cronograma de Implantação e Manutenção TI no HEJ	310
Tabela 23 - Cronograma de Ações TI no HEJ	315
Tabela 24 - Equipamentos demandados para o HEJ	355
Tabela 25 - Implantação de Sistema de Ponto	356
Tabela 26 - Implantação de Sistema de Entrada	358
Tabela 27 - Implantação de Sistema de Movimentação de Prontuário	360
Tabela 28 - Implantação de Sistema de Protocolos	362
Tabela 29 - Implantação de Sistema de Epacs	364
Tabela 30 - Implantação de Sistema de Maqueiros	366
Tabela 31 - Implantação de Sistema Intranet	367
Tabela 32 - Implantação de Sistema Paperless IPGSE	368
Tabela 33 - Implantação de Sistema de E-mails	370
Tabela 34 - Implantação de Sistema de Firewall	373
Tabela 35 - Implantação de Sistema de Controle de Acesso à Rede	375



Tabela 36 - Implantação de Sistema de Controle de alerta de Redes.....	376
Tabela 37 - Implantação de Sistema de Gestão da Qualidade.....	378
Tabela 38 - Custeios e Investimentos para Sistemas de Apoio.....	383
Tabela 39 - Classificação de Marshall.....	398
Tabela 40 - Causas mais comuns de Obstrução Intestinal.....	404
Tabela 41 - Descrições de Lesões contra violência Sexual.....	449
Tabela 42 - Lesões para avaliação bioquímica contra violência Sexual.....	450
Tabela 43 - Histórico Vacinal.....	453
Tabela 44 - Método e Medicação.....	454
Tabela 45 - Medicação por Kg e doença.....	455
Tabela 46 - Medicação por Kg e doença.....	456
Tabela 47 - Esquema Recomendado para Mulheres Adultas.....	457
Tabela 48 - Esquema Recomendado em Gestantes.....	457
Tabela 49 - Recomendado em Gestantes.....	458
Tabela 50 - Causas Reversíveis de PCR.....	520
Tabela 51 - Doses do rtPA por peso do paciente.....	560
Tabela 52 - Principais Apresentações Clínicas da Emergência Hipertensiva.....	625
Tabela 53 - Abordagem Diagnóstica.....	627
Tabela 54 - Metas para a redução da pressão arterial nas principais emergências hipertensivas.....	629
Tabela 55 - Medicamentos indicados para o tratamento de emergências hipertensivas.....	630
Tabela 56 - Diferenciação de Doenças deste Protocolo.....	721
Tabela 57 - Taxa de Glicemia por Infusão de Insulina.....	733
Tabela 58 - Classificação de perda Hemorragia pós parto.....	745
Tabela 59 - Classificação com base em Escore de Risco.....	819
Tabela 60 - Guia de Antimicrobianos.....	827
Tabela 61 - Pontuação de Prematuridade.....	854
Tabela 62 - Cronograma do Projeto HEJ nas escolas.....	892
Tabela 63 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	893
Tabela 64 - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência HEJ 1º Semestre 2024.....	894
Tabela 65 - Resultados de Capacidade Instalada HEJ.....	894
Tabela 66 - Cronograma Projeto Saúde mental dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI) e enfermaria de saúde mental.....	896
Tabela 67 - Custos Projeto Saúde Mental dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI) e enfermaria de saúde mental.....	896
Tabela 68 - Taxa de Ocupação Hospitalar HEJ 1º Semestre 2024.....	897
Tabela 69 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	897

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Tabela 70 - Cronograma do Projeto de Ambientação dos Acompanhantes no HEJ.....	899
Tabela 71 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	901
Tabela 72 - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência HEJ 1º Semestre 2024	901
Tabela 73 - Cronograma do Projeto de Musicoterapia no HEJ.....	903
Tabela 74 - Custos Projeto de Musicoterapia no HEJ.....	904
Tabela 75 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	905
Tabela 76 - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência HEJ 1º Semestre 2024	905
Tabela 77 - Cronograma do Projeto de Guardiões do Silêncio no HEJ.....	908
Tabela 78 - Custos Guardiões do Silêncio.....	908
Tabela 79 - Cronograma HEJ Doa AMOR.....	912
Tabela 80 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	913
Tabela 81 - Cronograma Pastoral da Saúde no HEJ	915
Tabela 82 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	917
Tabela 83 - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência HEJ 1º Semestre 2024	917
Tabela 84 - Cronograma do Projeto Enfermeiro Especializado de Curativos.....	920
Tabela 85 - Custos Enfermeiro Especialista em Curativos.....	920
Tabela 86 - Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, Índice de Intervalo de Substituição e Suspensões Cirúrgicas do HEJ 1º Semestre 2024.....	922
Tabela 87 - Saídas HEJ 1º Semestre HEJ.....	922
Tabela 88 - Cronograma Projeto Safety Huddle HEJ.....	924
Tabela 89 - Saídas Obstétricas HEJ 1º Semestre HEJ.....	925
Tabela 90 - Cronograma do Projeto Mães em Desenvolvimento	929
Tabela 91 - Custos do Projeto Mães em Desenvolvimento	930
Tabela 92 - Cronograma da Comissão de Ética Médica	938
Tabela 93 - Cronograma da Comissão de Ética Multiprofissional	942
Tabela 94 - Cronograma da Comissão de Biossegurança	947
Tabela 95 - Cronograma da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.....	957
Tabela 96 - Cronograma da Comissão de Revisão de Prontuário.....	966
Tabela 97 - Cronograma da Comissão de Verificação de Óbito	972
Tabela 98 - Cronograma da Comissão Intra-Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante	981
Tabela 99 - Cronograma da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.....	991
Tabela 100 - Cronograma da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).....	997
Tabela 101 - Cronograma da Comissão de Documentação Médica e Estatística.....	1003
Tabela 102 - Cronograma da Comissão de Ética e Pesquisa (CEP).....	1018

Tabela 103 - Cronograma da Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).....	1028
Tabela 104 - Cronograma da Comissão de Proteção Radiológica	1034
Tabela 105 - Cronograma da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde.....	1044
Tabela 106 - Cronograma do Comitê Transfusional	1052
Tabela 107 - Cronograma da Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.....	1060
Tabela 108 - Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para longa permanência .	1066
Tabela 109 - Cronograma da Comissão de Acidentes com Material Biológico.....	1072
Tabela 110 - Cronograma da Comissão de Farmácia Terapêutica	1078
Tabela 111 - Cronograma do Comitê de Compliance.....	1086
Tabela 112 - Cronograma do Comitê de Investigação do Óbito Materno Infantil.....	1093
Tabela 113 - Cronograma da Comissão de Humanização.....	1100
Tabela 114 - Cronograma da Comissão de Eventos.....	1103
Tabela 115 - Cronograma da Comissão de Padronização	1110
Tabela 116 - Cronograma da Comissão do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar .	1119
Tabela 117 - Cronograma da Comissão Interna de Qualidade.....	1131
Tabela 118 - Cronograma da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integralidade da Pele	1141
Tabela 119 - Cronograma do Núcleo Interno de Regulação.....	1149
Tabela 120 - Planejamento Anual de Educação Individualizada HEJ	1172
Tabela 121 - Cronograma do Projeto Mães em Desenvolvimento.....	1174
Tabela 122 - Custo Contratação Coordenador NEP.....	1174
Tabela 123 - Plano de Ação para Hospital de Ensino no HEJ	1266
Tabela 124 - Compromissos com o HE de trabalho.....	1270
Tabela 125 - Distribuição da Residência da Residência Médica	1271
Tabela 126 - Quantitativo por Especialidade e funções da Residência Multiprofissional.....	1271
Tabela 127 - Tabela de Custos da Residência.....	1273
Tabela 128 - Tabela de Horários de Visita por Setor.....	1287
Tabela 129 - Divisão de profissionais por especialidade e setor	1744
Tabela 130 - Compressão torácica na Parada Cardiorrespiratória	1823
Tabela 131 - Variações aceitáveis da Frequência Respiratória (FR).....	1891
Tabela 132 - Alterações do Padrão Respiratório	1891
Tabela 133 - Valores de referência da Frequência Cardíaca (FC)	1892
Tabela 134 - Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações da temperatura.....	1892
Tabela 135 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	1893



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Tabela 136 - Divisão de colaboradores do Serviço Social.....	4327
Tabela 137 - Dimensionamento de Enfermagem HEJ.....	4345
Tabela 138 - Dimensionamento de Psicologia HEJ.....	4350
Tabela 139 - Dimensionamento de Fisioterapeutas HEJ.....	4355
Tabela 140 - Dimensionamento de Terapeuta Ocupacional HEJ.....	4359
Tabela 141 - Dimensionamento de Nutricionista Clínico HEJ.....	4364
Tabela 142 - Dimensionamento de Fonoaudiólogos HEJ.....	4368
Tabela 143 - Dimensionamento de Farmacêutico Clínico HEJ.....	4375
Tabela 144 - Dimensionamento de BucoMaxilofacial HEJ.....	4378
Tabela 145 - Cargos Administrativos IPGSE/HEJ.....	4381
Tabela 146 - Horário para recebimento de Insumos e Suprimentos no HEJ.....	4397
Tabela 147 - Padronização de medicamentos em ordem alfabética.....	4424
Tabela 148 - Medicamentos de Alta Vigilância em ordem alfabética.....	4428
Tabela 149 - Materias Médicos - Cânulas, Drenos e Coletores.....	4430
Tabela 150 - Materias Médicos - Sondas e Tubos.....	4432
Tabela 151 - Materias Médicos - Infusão e Perfurocortantes.....	4435
Tabela 152 - Materias Médicos - Têxteis.....	4436
Tabela 153 - Materias Médicos - Hemodiálise.....	4436
Tabela 154 - Materias Médicos - Órteses e Próteses.....	4437
Tabela 155 - Materias Médicos - Uso Geral.....	4438
Tabela 156 - Materias Médicos - Adesivos.....	4439
Tabela 157 - Materias Médicos - Materiais de Esterelização.....	4440
Tabela 158 - Materias Médicos - Saneantes.....	4440
Tabela 159 - Materias Médicos - Fios Cirúrgicos.....	4445
Tabela 160 - Materias Médicos - Materiais Bucomaxilo.....	4445
Tabela 161 - Materias Médicos - Materiais Gastrointestinal.....	4446
Tabela 162 - Materias Médicos - Materiais Geral e Toráx.....	4446
Tabela 163 - Materias Médicos - Neurocirurgia.....	4447
Tabela 164 - Materias Médicos - Ortopedia.....	4448
Tabela 165 - Materias Médicos - Vascular.....	4448
Tabela 166 - Materias Médicos - VideoCirurgia.....	4449
Tabela 167 - Dietas Enterais por Indicação - Padrão.....	4449
Tabela 168 - Dietas Enterais por Indicação - Necessidades Aumentadas.....	4449
Tabela 169 - Dietas Enterais por Indicação - Quadro de Diabetes.....	4450
Tabela 170 - Dietas Enterais por Indicação - Estado Crítico Nutricional.....	4450
Tabela 171 - Dietas Enterais por Indicação - Diarreia Agua ou Crônica.....	4450
Tabela 172 - Dietas Enterais por Indicação - Risco de Desenvolver Lesão por Pressão.....	4450

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Tabela 173 – Dietas Enteras por Indicação – Complementos Orais.....	4451
Tabela 174 – Dietas Enteras por Indicação – Líquida Restrita.....	4451
Tabela 175 – Dietas Enteras por Indicação – Módulos.....	4451
Tabela 176 – Dietas Enteras por Indicação – Estoque de Operação.....	4453
Tabela 177 – Cronograma de implantação de Manuais.....	4462
Tabela 178 - Plano de cargos e salários.....	4653
Tabela 179 - Tipos de Ferramenta por Planejamento.....	4710
Tabela 180 – Planejamento Estratégico do IPGSE para o HEJ.....	4721
Tabela 181 - Indicadores HEJ.....	4724
Tabela 182 - Custos Estimados para Operacionalização do HEJ.....	4727
Tabela 183 - Programação de Ações do IPGSE no HEJ.....	4731



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Identidade Organizacional da IPGSE.....	26
Figura 2 - Foto HERSO	27
Figura 3 - Imagem do Policlínica de Quirinópolis.....	32
Figura 4 - Modelo Gerencial Interno do IPGSE	34
Figura 5 - Nosso Modelo Gerencial.....	38
Figura 6 - Mapa Estratégico IPGSE.....	42
Figura 7 - Fluxo de Acesso de Colaboradores dos Setores Administrativos.....	72
Figura 8 - Fluxograma do Acesso de colaboradores da CME.....	73
Figura 9 - Fluxograma de Acesso de colaboradores do CC e Médicos Prestadores de Serviço .	74
Figura 10 - Fluxograma de Acessos de colaboradores da Enfermaria, Observação, UTI, PS, Imagem e Diagnóstico, Laboratório, SHL, Equipe Multidisciplinar e Médicos Prestadores de Serviço.....	75
Figura 11 - Fluxograma de Acesso de Visitantes nas dependências Assistenciais.....	78
Figura 12 - Fluxograma de Acesso de Fornecedores	79
Figura 13 - Fluxograma de acesso de visitantes nas dependências administrativas.....	80
Figura 14 - Fluxograma de Acesso do Acompanhante	81
Figura 15 - Fluxograma de Acesso de Transporte Externo à unidade	82
Figura 16 - Fluxograma - Abertura de Atendimento na Recepção.....	84
Figura 17 - Fluxograma de Atendimento do Serviço de Ouvidoria.....	85
Figura 18 - Fluxograma da Central Regulação Interna (NIR).....	86
Figura 19 - Fluxograma de Aquisição de Bens e Móveis	87
Figura 20 - Fluxograma de Inservibilidade de Equipamentos/Logística Reserva	89
Figura 21 - Fluxograma de Classificação de Risco.....	91
Figura 22 - Fluxograma - Admissão na Sala de Estabilização/Pronto Socorro do HEJ.....	94
Figura 23 - Fluxograma de Acesso de Paciente Deambulando no Pronto Socorro do HEJ.....	96
Figura 24 - Fluxograma de Assistência ao paciente na Sala de Observação.....	98
Figura 25 - Fluxograma do Paciente no Ambulatório do HEJ.....	101
Figura 26 - Atendimento de Equipe Multiprofissional em Ambulatório do HEJ.....	103
Figura 27 - Fluxograma de Consulta Ambulatorial de Enfermagem	105
Figura 28 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Medicação.....	106
Figura 29 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Pequenas Cirurgias e sutura	108
Figura 30 - Fluxograma de Atendimento do Paciente para realização de Curativo.....	110
Figura 31 - Fluxograma de atendimento do paciente para realização de tala gessada.....	112
Figura 32 - Fluxograma de Admissão na Unidade de internação/Enfermaria.....	114
Figura 33 - Fluxograma de Alta da Unidade de Atendimento/Enfermaria	116

Figura 34 - Fluxograma de Transferência dos pacientes das Unidades de Internação para o Centro Cirúrgico (CC).....	118
Figura 35 - Fluxograma de atendimento do paciente no Intraoperatório.....	119
Figura 36 - Fluxograma de atendimento do paciente na sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA).....	120
Figura 37 - Fluxograma de transferências internas ou externas de pacientes.....	122
Figura 38 - Fluxograma de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	125
Figura 39 - Fluxograma de Alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	127
Figura 40 - Fluxograma de Alta Encaminhamento do Corpo Pós-óbito ao morgue.....	129
Figura 41 - Fluxograma de Atendimento Externo de SADT.....	132
Figura 42 - Fluxograma de Atendimento Interno de SADT.....	134
Figura 43 - Fluxograma de Coleta de Exames Laboratoriais no Pronto Socorro.....	135
Figura 44 - Fluxograma de coleta de exames laboratoriais.....	137
Figura 45 - Fluxograma do Macroprocesso do Serviço de Nutrição e Dietética.....	142
Figura 46 - Fluxograma de Distribuição de Refeições nas Unidades de Internação.....	143
Figura 47 - Fluxograma do Serviço de Lavanderia.....	144
Figura 48 - Fluxo de Carros de Coleta de Material/Roupas/Resíduos contaminado.....	145
Figura 49 - Fluxo de Entrega de Enxovais, Refeição e Medicamentos.....	146
Figura 50 - Fluxograma da Visão Macro da CME.....	151
Figura 51 - Fluxograma de Recebimento de Material no Expurgo.....	152
Figura 52 - Fluxograma de Desinfecção Química.....	153
Figura 53 - Fluxograma de Recebimento de Material na área de preparo.....	155
Figura 54 - Fluxograma de Recebimento de Material na área de Resfriamento/Arsenal.....	156
Figura 55 - Fluxograma do Fluxo de Coleta e Transporte da roupa suja.....	162
Figura 56 - Fluxograma de Distribuição de Enxovais nas Unidades de Internação.....	163
Figura 57 - Ciclo Prévio de Resíduos.....	164
Figura 58 - Descrição de tipo de resíduos.....	167
Figura 59 - Fluxograma de Coleta Interna dos Resíduos dos Serviços de Saúde.....	168
Figura 60 - Fluxograma de Coleta Externa dos Resíduos dos Serviços de Saúde.....	170
Figura 61 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque.....	199
Figura 62 - Fluxograma de Aquisição via Ordem de Compra.....	200
Figura 63 - Fluxograma de Compra Emergencial.....	201
Figura 64 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra.....	202
Figura 65 - Fluxograma de Recebimento de Medicamentos e Materiais.....	203
Figura 66 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra.....	204
Figura 67 - Fluxograma Logístico de Distribuição Interna de Medicamentos.....	205
Figura 68 - Fluxograma de Gestão da Distribuição de Materiais.....	205

Figura 69 - Fluxograma de Fracionamento e Unitarização	206
Figura 70 - Fluxograma de Gestão da Dispensação.....	207
Figura 71 - Fluxograma de Triagem das Prescrições	208
Figura 72 - Fluxograma de Inventário.....	209
Figura 73 - Tela de Registro do Paciente.....	334
Figura 74 - Tela para registro de Classificação de risco	334
Figura 75 - Tela de Classificação de Risco para registro dos dados do paciente.....	335
Figura 76 - Tela de Cadastro de Atendimento pós Classificação	335
Figura 77 - Tela de Registro do Paciente em Observação ou Sala Vermelha.....	336
Figura 78 - Tela de Registro de Informações do Paciente.....	336
Figura 79 - Tela para Emissão de AIH	337
Figura 80 - Tela de Admissão da Enfermagem	337
Figura 81 - Tela para Registro de Aferição e Sinais Vitais	338
Figura 82 - Tela para Registro de Evolução Multiprofissional.....	338
Figura 83 - Tela de registro da prescrição de Enfermagem	339
Figura 84 - Tela de Registro das Checagens de Medicamentos	339
Figura 85 - Tela de Registro de Trabalho de parto.....	340
Figura 86 - Tela de Registro de pós parto.....	340
Figura 87 - Tela de Registro da Classificação de Robson	341
Figura 88 - Tela de Registro da Ficha Obstétrica.....	341
Figura 89 - Tela de Registro de SAE para gestantes.....	342
Figura 90 - Tela de Registro para abertura de risco de suicídio.....	342
Figura 91 - Tela de Registro para abertura de risco de autoextermínio	343
Figura 92 - Tela de Registro para acompanhamento da abertura de risco de autoextermínio	343
Figura 93 - Tela de registro de alta médica	344
Figura 94 - Tela de registro da alta hospitalar.....	344
Figura 95 - Tela de entrada de produtos no Almoarifado	345
Figura 96 - Tela de saída de produtos do Almoarifado	345
Figura 97 - Tela de solicitação de produtos do Almoarifado e Farmácia.....	346
Figura 98 - Tela de seleção de estoques	346
Figura 99 - Tela de início do Sistema de prestação de contas	349
Figura 100 - Tela de dados movimentos por período selecionado.....	350
Figura 101 - Tela de dados movimentados por período - dados bancários.....	350
Figura 102 - Tela de dados movimentados por período - documentos.....	351
Figura 103 - Tela de dados movimentados por período - contrato.....	351
Figura 104 - Tela de Cotações abertas e vencidas	352
Figura 105 - Tela do Sistema de Registro de Ponto	356

Figura 106 - Cadastro de Entrada	357
Figura 107 - Registro de Saídas.....	357
Figura 108 - Tela de início do Sistema de Movimentação de Prontuário.....	359
Figura 109 - Tela de Histórico do Sistema de Movimentação de Prontuário.....	359
Figura 110 - Tela de início do Sistema de Protocolos e Contratos.....	361
Figura 111 - Tela de cadastro de protocolos.....	361
Figura 112 - Tela de cadastro de contratos.....	362
Figura 113 - Tela Epacs	363
Figura 114 - Tela Sistema de Maqueiros	365
Figura 115 - Tela Sistema de Maqueiros - Cadstros	365
Figura 116 - Tela de Login da Suite do Zimbra.....	369
Figura 117 - Tela de início da Suite do Zimbra	369
Figura 118 - Interface Sistema de Firewall.....	371
Figura 119 - Interface de Configuração do Sistema de Firewall.....	372
Figura 120 - Interface Sistema de Acesso a rede	374
Figura 121 - Interface Sistema de Alerta de Possíveis Paralisações do Sistema.....	375
Figura 122 - Critérios de Gravidade	526
Figura 123 - Tipos de tratamento cirúrgico com base na gravidade	526
Figura 124 - Avaliação para Indução ao Parto.....	541
Figura 125 - Itens de despesa que compõem os grupos de gastos.....	878
Figura 126 - Fluxograma dos processos de pagamentos.....	886
Figura 127 - Modelo do Equipamento.....	907
Figura 128 - Fluxograma de Manutenção Preventiva e Corretiva em Equipamentos de Saúde	1182
Figura 129 - Fluxograma de Manutenção Preventiva e Corretiva para Instalações Hidráulicas, Elétricas e Rede de Gases para Unidades de Saúde	1184
Figura 130 - Fluxograma de notificação compulsória do NHE.....	1277
Figura 131 - Classificação de Risco - Escala de Manchester.....	1281
Figura 132 - Fluxograma de acolhimento com classificação de risco	1284
Figura 133 - Organograma da Unidade	1623
Figura 134 - Escala de dor com descritor visual	1895
Figura 135 - Cânula plástica de traqueostomia com cuff.....	2091
Figura 136 - Cânula metálica de traqueostomia	2091
Figura 137 - Cânula para traqueostomia com cuff inflado.....	2092
Figura 138 - Cânula plástica de traqueostomia com cuff.....	2789
Figura 139 - Cânula metálica de traqueostomia	2789
Figura 140 - Cânula para traqueostomia com cuff inflado.....	2790

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Figura 141 - Diário Oficial do Estado de Goiás - 10/03/2021	3698
Figura 142 - Fluxo de Recebimento de Medicamentos e Materiais.....	4402
Figura 143 - Fluxo Logístico de Distribuição Interna de Medicamentos.....	4403
Figura 144 - Fluxo de Inventário.....	4404
Figura 145 - Medicamentos Críticos.....	4425
Figura 146 - Fluxograma de Prescrição e Materias não padronizados.....	4454
Figura 147 - Formulário de Requisição de Pessoal	4676
Figura 148 - Formulário de Desligamento de Colaborador	4677
Figura 149 - Escala Mensal.....	4697
Figura 150 - Autorização de Remanejamento	4697
Figura 151 - Justificativa para não marcação.....	4698
Figura 152 - Objetivos do Planejamento Estratégico do IPGSE.....	4715
Figura 153 - Planejamento Estratégico IPGSE para o HEJ	4720
Figura 154 - Planta baixa HEJ	4732
Figura 155 - Planta baixa HEJ	4733
Figura 156 - Planta baixa HEJ	4734
Figura 157 - Planta baixa HEJ	4735
Figura 158 - Planta baixa HEJ	4736
Figura 159 - Planta baixa HEJ	4737
Figura 160 - Planta baixa HEJ	4738
Figura 161 - Planta baixa HEJ	4739

LISTA DE SIGLAS

AGR - AGÊNCIA GOIANA DE FISCALIZAÇÃO

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CEC/GEAM - COORDENAÇÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA DA GERÊNCIA DE ENGENHARIA, ARQUITETURA E MANUTENÇÃO

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CGE - CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO

CNBB - CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNPJ - CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

CPB - CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

CRE - COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL

CRIE - CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

CRM - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GAOS - GERENCIA DE AVALIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

IML - INSTITUTO MÉDICO LEGAL

LNT - LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTOS

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

NBC - NORMAS BRASILEIRAS DE CONTABILIDADE

NBR - NORMA BRASILEILRA

OS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL

OSC - ORGANIZAÇÃO SOCIAL CIVIL

OSS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

RAS - REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

RDC - RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

SEAD - SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DE GOIÁS

SEI - SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO

SES - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUTIS - SUPERINTENDÊNCIA DE TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

SUVISA - SUPERINTENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TCE - TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO

UI - UNIDADE INTERNACIONAL

VVS - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

OBJETIVO DA PROPOSTA TÉCNICA E FINANCEIRA

A presente proposta visa à implantação de um modelo gerencial baseado na gestão compartilhada, alicerçada nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade. Como Organização da Sociedade Civil (OSC), o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) propõe a celebração de um Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime ininterrupto de 24 horas por dia, no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ), situado na Rua Joaquim Caetano, nº 1876 – Divino Espírito Santo, Jataí/GO – CEP 75.804-040.

Este modelo de gestão colaborativa com entidades sem fins lucrativos, público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12, bem como pelas regras constantes do Edital Nº 06/2024-SES/GO, PROCESSO nº 202300010051875. O objetivo principal desta parceria é garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, voltados para a integralidade do cuidado, em consonância com as necessidades da população e as diretrizes do SUS. Buscando através da celebração deste termo de colaboração a execução de serviços, ações de saúde pública de excelência a população goiana.

SOBRE O IPGSE

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) é uma entidade de direito privado, estruturada em conformidade com os princípios estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002), constituída como uma Associação Civil sem fins lucrativos. O IPGSE está estrategicamente localizado na Região Sudoeste do Estado de Goiás, com sua sede matriz em Rio Verde – GO, na Rua Avelino de Faria nº 200, Setor Central, CEP 75.901-140.

Desde a sua fundação, em 3 de janeiro de 2013, o IPGSE tem se dedicado ao planejamento e execução de atividades especializadas em gestão e operacionalização de instituições públicas e privadas. Com uma equipe altamente qualificada, composta por membros associados e profissionais capacitados, o instituto se destaca pela sua capacidade de desenvolver e implementar soluções inovadoras em diversas áreas, incluindo Saúde, Assistência Social, Educação, e Programas de Promoção de Integridade Social.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

A atuação do IPGSE é pautada por seu compromisso estatutário de promover o desenvolvimento de pesquisas científicas, produção de soluções tecnológicas e suas respectivas transferências, sempre por meio de projetos e programas próprios ou em parceria com outras organizações. O instituto também se dedica à Gestão de Serviços Sociais e à implementação de Programas de Qualificação, Capacitação e Treinamento de Profissionais, com foco na excelência e na melhoria contínua dos serviços oferecidos.

Este modelo de gestão colaborativa com entidades sem fins lucrativos está fundamentado e regulamentado pela Lei Federal nº 13.019/2014 e demais supracitadas, que estabelecem normativas gerais para parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil. Tratando como objetivo principal a garantia da prestação de serviços de saúde de alta qualidade, voltados para a integralidade do cuidado, em consonância com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.

MODELO GERENCIAL PROPOSTO:

O IPGSE se compromete a implementar um modelo gerencial inovador, que alia a excelência técnica à humanização do cuidado, com foco na eficiência, transparência e responsabilidade na gestão dos recursos públicos, efetivando o cumprimento de atividades e ações, que mantém o modelo de Gestão Compartilhada, alternativo ao Modelo Hegemônico, considerando o conhecimento e o poder de decisão sobre condutas, exercidas pelos seus membros associados, pelos membros dos conselhos de deliberação superior, membros da diretoria e seu corpo de profissionais.

Alinhando a projetos e programadas visando a constante qualificação dos espaços na tomada de decisão, valorizando a autonomia dos sujeitos, desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, promovendo o envolvimento contínuo de todos com este ideal. A proposta enfatiza a adoção de práticas gerenciais modernas e integradas, orientadas pelos seguintes pilares:

Qualidade na Assistência à Saúde:

- Implementação de protocolos clínicos e operacionais baseados em evidências, garantindo a segurança do paciente e a excelência nos resultados.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho, com o uso de ferramentas de Business Intelligence (BI) para otimizar a gestão e a tomada de decisões.

Gestão Inovadora e Eficiente:

- Aplicação de metodologias de gestão baseadas em ciclos de melhoria contínua, como PDCA (Plan, Do, Check, Act) e Lean Healthcare, voltadas para a otimização de processos e redução de desperdícios.
- Uso de sistemas de informação integrados para garantir a rastreabilidade das ações e a transparência dos resultados.

Humanização e Acolhimento:

- Valorização do atendimento humanizado, com foco no acolhimento, escuta qualificada e atenção integral ao paciente e seus familiares.
- Capacitação contínua das equipes multiprofissionais para aprimoramento das competências técnicas e relacionais.

Transparência e Controle Social:

- A gestão será norteada pela transparência ativa, com a publicação periódica de relatórios de desempenho e a realização de audiências públicas para prestação de contas.
- Envolvimento da comunidade e dos Conselhos de Saúde no processo decisório, garantindo a participação social e o controle democrático.

Integração e Regionalização:

- O modelo respeitará a regionalização e a hierarquização da rede de saúde, promovendo a integração do HEJ com a rede assistencial do município e da região, de modo a assegurar a continuidade do cuidado e o fluxo adequado dos pacientes.



RESULTADOS ESPERADOS:

O IPGSE visa atingir e superar as metas pactuadas, promovendo um salto qualitativo na assistência prestada, com impacto positivo nos indicadores de saúde da população atendida. A eficiência gerencial, aliada ao compromisso com os princípios do SUS, permitirá ao HEJ se consolidar como uma referência na prestação de serviços de saúde, oferecendo cuidados com elevada resolutividade e acolhimento humanizado. Com esta proposta, o IPGSE reafirma seu compromisso em contribuir para o fortalecimento do SUS, implementando um modelo de gestão que não apenas respeita os princípios da universalidade, regionalização e hierarquização, mas também promove o aperfeiçoamento contínuo desses princípios, em benefício direto da população. Estamos prontos para assumir esse desafio, com a certeza de que nossa experiência, competência e dedicação se traduzirão em resultados concretos e na melhoria da saúde pública no município de Jataí - GO.

MISSÃO:

Participar da efetiva construção do progresso da humanidade, com prática de atividades que visam valorizar o ser humano, através da promoção da saúde, da educação e qualificação profissional, bem-estar e a integração do indivíduo no meio social.

VISÃO:

Pelo cumprimento de sua missão e dos benefícios promovidos à sociedade, ser uma instituição nacionalmente reconhecida pela qualidade da gestão e das implementações de soluções aplicadas nas instituições geridas e seus profissionais da área de sua atuação na saúde, educação, soluções inovadoras e tecnológicas, formação profissional e pelas ações de promoção no desenvolvimento humano.

VALORES:

- **Gestão Compartilhada e Participativa**
- **Ética**



- **Valorização dos Colaboradores**
- **Responsabilidade Social**
- **Transparência Social**

Para o cumprimento das suas atividades e ações, mantém o modelo da Gestão Compartilhada, alternativo ao Modelo Hegemônico, considerando o conhecimento e o poder de decisão sobre condutas, exercidas pelos seus membros associados, pelos membros dos conselhos de deliberação superior, membros da diretoria e seu corpo de profissionais.

Com ações planejadas e programadas busca a constante qualificação dos espaços de tomada de decisão, valorizando a autonomia dos sujeitos, desde a idealização até a concretização do fazer em saúde, promovendo o envolvimento contínuo de todos com este ideal.

O Ipgse é uma associação de pessoas, qualificada como Organização Social na área da saúde pelo decreto do Estado de Goiás nº 9.758 de 30 de novembro de 2020 e reconhecido como entidade de utilidade pública e de interesse social por força do artigo 13º da Lei Estadual 15.503 de 28 de dezembro de 2005. A figura abaixo traz a identidade organizacional da IPGSE: RESPEITO, EXECUÇÃO, VISÃO E TRANSPARÊNCIA.

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE) reafirma seu compromisso com a transparência e a excelência na gestão dos recursos públicos. Em 2022, essa postura foi amplamente reconhecida no ranking de transparência das Organizações Sociais contratadas pelo Governo de Goiás, elaborado pela Controladoria-Geral do Estado (CGE) em parceria com o Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE) e com a cooperação das Secretarias de Saúde e Administração.

Esse resultado reflete o rigor e a seriedade com que o IPGSE conduz suas atividades, assegurando a prestação de contas, a clareza nas informações e o compromisso com a legalidade em todas as suas ações. Continuamos dedicados a fortalecer nossas práticas de gestão, sempre com foco na transparência e na melhoria contínua dos serviços prestados à população.





Figura 1 - Identidade Organizacional da IPGSE

RESPEITO

Para o Ipgse respeito é um dos valores humanos que fundamentam a vida em sociedade. Seja em relações interpessoais ou em vista de normas, regras ou de um poder instituído. O respeito pode se dar em diferentes níveis de relações de poder e hierarquia e é essencial para a execução do trabalho.

EXECUÇÃO

A execução pode ser conceituada como o meio pelo qual o cumprimento de uma obrigação é, voluntária ou involuntariamente, satisfeita.

VISÃO

Podemos definir que visão é um conjunto de objetivos que a organização visa alcançar pensando a longo prazo. Trata-se de se vê o futuro, suas aspirações mais desafiadoras.



TRANSPARÊNCIA

A transparência é base do Ipgse e visa regular a relação jurídica que se compõe do direito à informação dos cidadãos e do dever de prestação de informações por parte do Poder Público em sentido bem amplo.

EXPERIÊNCIAS DO IPGSE

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO (HERSO):



Figura 2 - Foto HERSO

O IPGSE está na gestão do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás (HERSO) desde o dia 26/01/2021. No período foram firmados os seguintes contratos e acordos:

Em 23/03/2021 foi firmado o Contrato de Gestão Emergencial 08/2021 onde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o HERSO possuía cadastrado os seguintes leitos:

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Pediátrica	08
Unidade de Isolamento	05
UTI Adulto - Tipo II	10
UTI Pediátrica - Tipo II	10
Total:	94

Tabela 1 - Distribuição de Leitos HERSO - 08/2021

No período de maio a setembro de 2021, atendendo à solicitação da SES/GO foram implantados à estrutura do HEJ 10 leitos adicionais de UTI Adulto COVID-19 conforme demonstrado no Despacho nº 1.721/2023. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o HERSO possuía à época cadastrados os seguintes leitos:

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Pediátrica	08

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Unidade de Isolamento	05
UTI Adulto - Tipo II	10
UTI Pediátrica - Tipo II	10
UTI Adulto - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) COVID-19	10
Total:	104

Tabela 2 - Distribuição de Leitos HERSO - 08/2021

Em 05/10/2022 o IPGSE assinou o Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 31/10/2022.

Em 01/11/2022 o IPGSE assinou o 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 29/06/2024.

Em 30/06/2024 o IPGSE assinou o 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 26/10/2023, onde o quantitativo de leitos de internação permeou em 87 (oitenta e sete), acrescentando quatro leitos dias, conforme tabela abaixo:

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Médica Pediátrica	08



LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
UTI Adulto - Tipo II	18
Total:	87
Leito Dia	04
Total:	91

Tabela 3 - Distribuição de Leitos HERSO - 88/2022

Em 27/10/2023 o IPGSE assinou o 3º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 23/04/2024.

No dia 24/04/2024 o IPGSE assinou o 4º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão Emergencial nº 88/2022 com vigência até 20/10/2024, neste período foi concluído o Chamamento Público nº 04/2023, onde consagrou com Organização vencedora do certame o Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados pelo período de 36 meses a contar da assinatura e publicação do extrato do termo de colaboração nº101/2024.

LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Ortopedia/Traumatologia	35
Cirurgia Geral	18
Clínica Geral	08
Clínica Médica Pediátrica	04
Clínica Cirúrgica Pediátrica	04
UTI Adulto - Tipo II	18



LEITOS - HERSO

Descrição:	Quantidade:
Total:	87
Leito Dia	04
Total:	91

Tabela 4 - Distribuição de Leitos HERSO - Termo de Colaboração nº104/2024

O HERSO realiza atendimentos de ambulatório, urgência, emergência, cirurgias eletivas e SADT. O acesso à unidade ocorre via regulação ou por livre demanda. O hospital possui 96 leitos de capacidade instalada, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva e atende as seguintes especialidades: Traumatologia e Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Pediatria, Bucomaxilofacial e Urologia. A instituição realiza entre exames laboratoriais, Radiografias, Tomografias, eletrocardiogramas E CPRE.

Além de possuir ambulatórios nas especialidades de: Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial. Realiza cirurgias eletivas dentre procedimentos de Ortopedia e Cirurgia geral.

Cases de Sucesso:**✓ ENFERMEIRO ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DE FERIDAS:**

O HERSO por meio da busca pelo melhor atendimento aos seus pacientes, destacou um enfermeiro exclusivo para avaliação e realização de tratamento em feridas, durante a internação, proporcionando maior humanização, segurança, qualidade assistencial e aceleração no plano terapêutico proposto. O acompanhamento adequado garante ao paciente uma maior rapidez na cicatrização de feridas cirúrgicas ou decorrentes de outras doenças prévias, resultando na redução no tempo de internação.

✓ IMPLANTAÇÃO SISTEMA DE MOVIMENTAÇÃO DE PRONTUÁRIOS:

O HERSO por meio do setor de faturamento e do departamento de Tecnologia da Informação (TI) realizou a construção e implantação do Sistema de Movimentação



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

prontuário no objetivo de se mapear todos os departamentos que ele passe, promovendo maior segurança e confiabilidade.

✓ FARMÁCIA CLÍNICA EM TODOS OS SETORES DE INTERNAÇÃO:

O HERSO por meio do setor de Farmácia implantou não apenas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a Farmácia Clínica e sim todas as unidades de Internação visando a promoção da qualidade da assistência farmacêutica utilizando diretrizes terapêuticas baseada em evidências, objetivando o cuidado centrado no paciente.

✓ IMPLANTAÇÃO DO SAFETY HUNDLE:

O objetivo do método é promover a excelência na comunicação efetiva entre profissionais, resultando na melhoria contínua dos processos internos, principalmente os que envolvem a internação do paciente. Por meio de encontros diários, no início de turno, são discutidos pontos específicos a fim de promover ao máximo a cultura de segurança e garantir ao paciente um atendimento de qualidade. Por meio da conscientização coletiva da situação atual, os Safety Huddles promovem uma cultura de segurança que, por sua vez, reduzem o potencial de causar danos evitáveis, sendo baseadas nas metas internacionais de segurança do paciente.

7 POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE | QUIRINÓPOLIS:



Figura 3 - Imagem do Policlínica de Quirinópolis



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

O IPGSE assumiu a gestão e operacionalização da Policlínica de Quirinópolis através de Chamamento Emergencial, desde o dia 26/07/2024, através do Termo de Colaboração nº 94/2024 até 26/01/2025,, ou até à abertura de seu certame para Gestão Definitiva, onde seguindo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e o termo assinado, a unidade possui e irá executar os abaixo:

SERVIÇOS POLICLÍNICA DE QUIRINÓPOLIS

Descrição:

Audiometria	Eletrocardiografia	Patologia Clínica
Biópsias Gerais	Endoscopia	Punção Aspirativa por Agulha Grossa
Cistoscopias	Emissões otoacústicas	Radiologia
Colonoscopias	Espirometria	Teste Ergométrico
Colposcopia	Exames Oftalmológicos*	Tomografia Computadorizada
Densitometria Óssea	Holter	Ultrassonografia
Doppler vascular	Mamografia	Urodinâmica
Ecocardiografia	Nasofibroscopia	Videolaringoscopia
Tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olho fundo de olho dentre outros.		

Tabela 5 - Serviços da Policlínica de Quirinópolis

MODELO GERENCIAL - DIMENSÃO ORGANIZACIONAL INTERNA

A gestão eficaz de um hospital é essencial para garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade à comunidade. Para atingir esse objetivo, é fundamental contar com uma equipe talentosa, comprometida e dedicada. Nesse contexto, a elaboração de um programa de atração e

seleção de pessoas se torna um elemento crucial para o sucesso da gestão hospitalar. Esta proposta visa descrever como planejamos criar e implementar um programa robusto para atrair e selecionar profissionais qualificados, capacitados e alinhados com a missão e visão do hospital. O gerenciamento conforme a Figura 4 pressupõe o uso de instrumentos com foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados através das metas de desempenho.



Figura 4 - Modelo Gerencial Interno do IPGSE

Esta lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que "cada profissional faz a sua parte" possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no desenho organizacional.

Neste desenho organizacional a comunicação exerce papel fundamental para a articulação entre equipes, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços. No contexto da tomada de decisão, a informação deve ser empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho. A produção interna da informação e a utilização de fontes externas propiciam condições mais adequadas para utilização na tomada de decisão.

Diante destas estratégias, é possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços.

Entende-se por sistema de informação todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários. Além do sistema de informação gerencial, o aprimoramento do

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Sistema de Gestão envolve o aperfeiçoamento e ou a implantação de outros dispositivos organizacionais, ferramentas de gestão e, em particular, de gestão de custos, de planejamento, acompanhamento e avaliação e instrumentos de melhoria contínua das distintas áreas de funcionamento institucional, destacando-se as áreas de: **a) Assistência; b) Gestão das Pessoas; c) Orçamentário-Financeira; d) Administração – logística.**

Os **Resultados dos Indicadores de Desempenho**, que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade acontecerão diariamente/mensalmente.

ASSISTÊNCIA

Conformação de um serviço de média e alta complexidade, qualificado e com autossuficiência em atenção à urgência e emergência, ambulatorial e Hospitalar, possibilitando desta forma o acesso dos usuários que necessitam de atendimento resolutivo desse nível de complexidade.

GESTÃO DE PESSOAS

O IPGSE busca oferecer o melhor atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e que sabe que, a cada novo colaborador, esse objetivo fica mais próximo de se concretizar. Porque um sistema não é feito apenas de regras, leis e diretrizes. Ele é formado por pessoas e por isso o IPGSE investe muito na Gestão de Pessoas.

Pessoas motivadas, felizes e dedicadas podem fazer a diferença e transformar o SUS em tudo o que ele foi idealizado para ser. Assim, a equipe de gestão de pessoas busca permanentemente facilitar e aproximar o relacionamento dos gestores com suas equipes, por meio da criação de um ambiente interno participativo, que visa estimular constantemente a criatividade dos colaboradores e a inovação dos processos de trabalho.

A filosofia de gestão do IPGSE é a de que motivar pessoas, desenvolver seus talentos e dar a oportunidade de crescimento profissional e pessoal para geração de grandes resultados. A equipe de Gestão de Pessoas tem como missão implantar as melhores práticas de gestão e atender com excelência os colaboradores, coordenando ações de treinamento e capacitação com



o objetivo de promover a valorização e o aprimoramento dos conhecimentos técnicos de todos os profissionais.

PROGRAMA DE ATRAÇÃO E SELEÇÃO DE PESSOAS

Dispor de profissionais qualificados e motivados para alcançar as metas propostas é um dos pontos de maior atenção do setor de Gestão de Pessoas. A equipe busca identificar as necessidades do IPGSE e serviços gerenciados por meio das políticas de recrutamento, seleção, remanejamento e alocação da equipe, o que permite um maior aproveitamento dos talentos internos bem como a contratação de pessoas alinhadas aos valores e objetivos estratégicos da organização.

DESENVOLVIMENTO E PERFORMANCE

O programa de Avaliação de Desempenho do IPGSE permite avaliar tanto fatores comportamentais quanto a performance dos colaboradores, e em consequência dessas avaliações é possível planejar as ações necessárias para desenvolver e capacitar os talentos do IPGSE. Esse programa identifica as competências e as potencialidades, assim como as necessidades de treinamento e/ou aperfeiçoamento, e estabelece as metas alinhadas com base nos objetivos organizacionais. As avaliações são realizadas periodicamente para medir os resultados alcançados pela instituição, atendendo os indicadores estabelecidos nos Contratos de Gestão de responsabilidade do IPGSE.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca colocar em discussão a pertinência dos conteúdos e recursos para a formação técnica, tendo como base de interrogação e mudança os problemas enfrentados no cotidiano e a realidade vivida pelos atores envolvidos. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e conhecimentos no cotidiano das instituições, a EPS tem como principal objetivo qualificar a prática dos profissionais para que sejam capazes de analisar os problemas da sociedade e procurar soluções.

Utilizando uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, sua abordagem propicia a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, de



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde. Dessa forma, os processos de qualificação são estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

ORÇAMENTÁRIO - FINANCEIRA

A alocação de recursos financeiros adequado para estruturas físicas e equipamentos para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial do serviço, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição. Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades.

ADMINISTRAÇÃO - LOGÍSTICA

Implantação de uma solução de logística integrada para a gestão com foco na execução de compras e contratos conforme a legislação para garantir e distribuição de insumos, medicamentos e materiais no Hospital com o objetivo de assegurar a qualidade do atendimento ao paciente, a segurança do paciente e a redução de custos.

DIRETRIZES PARA NOVA IMPLANTAÇÃO:

As diretrizes passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial; aprimoramento de mecanismos compreendendo: a) Gestão participativa; b) Desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS; c) Adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial; d) Sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores Hospitalares básicos e indicadores de desempenho; e) Humanização da assistência; f) Melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade e a satisfação do usuário.

MODELO GERENCIAL- DIMENSÃO ORGANIZACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO SAÚDE

Nesta proposta a IPGSE garante que o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) será uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, que funcionando 24 horas, realizando atendimentos de média e alta complexidade, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.



Figura 5 - Nosso Modelo Gerencial

A formação de **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, impulsionam os serviços à plena integração às redes municipais, regionais e estaduais, o que impõem modificações conceituais e operacionais nos modelos de gerenciamento, conforme a Figura 4. O conceito das RAS se concretiza através de elementos-chave, com os quais o IPGSE reafirma o cenário do modelo gerencial a que se propõe:

1. Definição de um escopo de ações e serviços prestados a uma população definida, em território definido, em arcabouço matricial;
2. Estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;
3. Integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;
4. Eficiência e transparência na gestão dos recursos;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

5. Gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com construção de confiança e solidariedade.

A **integração** da produção de saúde deverá, também, ser implementada a partir de vários dispositivos e mecanismos, dos quais podemos nominar as "Diretrizes de Atenção" para a Parceria Solidária, caracterizadas por recomendações que orientarão as decisões assistenciais.

Ressalte-se que as "**Diretrizes**" desdobradas em "Guias de Práticas Clínicas", "Protocolos Assistenciais", orientarão as Linhas de Cuidado e possibilitarão a melhoria da comunicação entre os serviços e a programação de ações.

O conjunto das Linhas de Cuidado (LC) será uma forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, entre as unidades da região de saúde, para a condução oportuna e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. O conjunto das Linhas de Cuidado visará à coordenação, ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação de responsabilidades e de tarefas das diferentes unidades/profissionais e a conectividade entre eles, a partir da colaboração e complementaridade.

FILOSOFIA DE GESTÃO DO IPGSE

A Filosofia é fundamentada na transparência na gestão, ética nas ações, qualidade do serviço, humanização no atendimento e sustentabilidade ambiental. A proposta visa a implantação de ferramentas inovadoras de gestão, de coordenação e controle voltados para os resultados, considerando todos os princípios do SUS e, sobretudo, contribuindo para o aperfeiçoamento dos mesmos.

O modelo pressupõe o uso de instrumentos com foco no paciente e nos resultados, assegurando a racionalização dos processos de trabalho. Em resumo:

1. Liderança, focada em hábitos e atitudes gerenciais, estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
2. Sistematização do atendimento, implantação de protocolos assistenciais que permitam maior segurança, qualidade e humanização;
3. Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho;

4. Recursos Humanos motivados;
5. Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papéis de cada um;
6. Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana;
7. Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa.

ESTRATÉGIAS QUE SERÃO ADOTADAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O IPGSE investiu também no desenvolvimento/implantação de um Planejamento Estratégico integrado, que desenvolve e reproduz as diretrizes estratégicas de gestão em suas Unidades, garantindo aos indicadores de planejamento a conformidade. Este processo atua como instrumento capaz de conduzir racionalmente a Organização na direção almejada, alcançando os resultados esperados. Cada Unidade desdobra os objetivos, indicadores e projetos estratégicos, conforme aplicável, constituindo planos de ações, indicadores e monitoramentos tático-operacionais.

Os resultados dos indicadores dos processos, bem como a evolução de cada plano de ação, são analisados continuamente pela Diretoria que conduz e monitora todo o processo de Planejamento Estratégico. Desta forma, o Planejamento Estratégico estimula a implantação, a manutenção e o aprimoramento das ferramentas de gestão.

O planejamento estratégico também é uma forma de aprendizagem organizacional, estando orientado para a adaptação da Organização ao contexto em que se encontra, constituindo um movimento constante de estímulo à aprendizagem e ao ajustamento organizacional, frente a um ambiente complexo e suscetível a mudanças.

Para a condução do Planejamento Estratégico de forma estruturada, foi adotado o modelo do **Balanced Scorecard – BSC**, para a compreensão da interação entre os diversos indicadores e planos de ações estratégicos, bem como para a manutenção do alinhamento à Identidade Organizacional, diretrizes corporativas e o atendimento aos requisitos dos clientes.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

O Balanced Scorecard, além de constituir um modelo para medição do desempenho, permite o monitoramento constante das estratégias organizacionais, tornando-se uma importante ferramenta de gerenciamento. É importante mencionar que todo o processo de planejamento, desdobramento e acompanhamento das estratégias funciona em conjunto com medidas balanceadas (em equilíbrio) e não desconsidera as medidas financeiras tradicionais, mas complementa-se com medidas operacionais, que conduzem/dirigem o desempenho da Organização de forma flexível e com potencial transformador frente à complexidade dos cenários.

As quatro Perspectivas do **Balanced Scorecard**:

FINANCEIRA: O principal objetivo é o retorno financeiro. É preciso que o gestor estabeleça um planejamento estratégico com os desdobramentos dos principais objetivos financeiros para garantir a satisfação dos acionistas e gerar maior lucratividade à organização.

CLIENTES: O objetivo é agregar valor ao seu principal stakeholder, o Cliente, que é o maior interessado em realizar as aquisições. Baseado neste princípio, todos os objetivos deverão ser formulados tendo em vista a percepção do cliente, de modo que suas necessidades sejam atendidas de forma eficaz e eficiente.

PROCESSOS INTERNOS: O objetivo é identificar quais processos precisam de maior atenção devido ao seu alto impacto nos resultados da organização. Logo, é importante não somente medir e melhorar a qualidade dos processos, mas também criar novos processos que ajudem a empresa alcançar a excelência operacional.

INOVAÇÃO E APRENDIZADO: O foco é desenvolver ações estratégicas que promovam a mudança organizacional assim como o desenvolvimento dos colaboradores. Nesta perspectiva é importante ter a mentalidade para inovação, motivação e o crescimento para alcançar os objetivos planejados.

Em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e com as Diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde (SES-GO), o IPGSE conduz uma análise aprofundada do ambiente organizacional (interno e externo), identificando as principais variáveis, visando determinar objetivos e metas que atendam aos requisitos do Contrato de Gestão, para o eficaz gerenciamento e execução de ações de serviços de saúde. As estratégias organizacionais estão apresentadas a seguir em suas perspectivas:



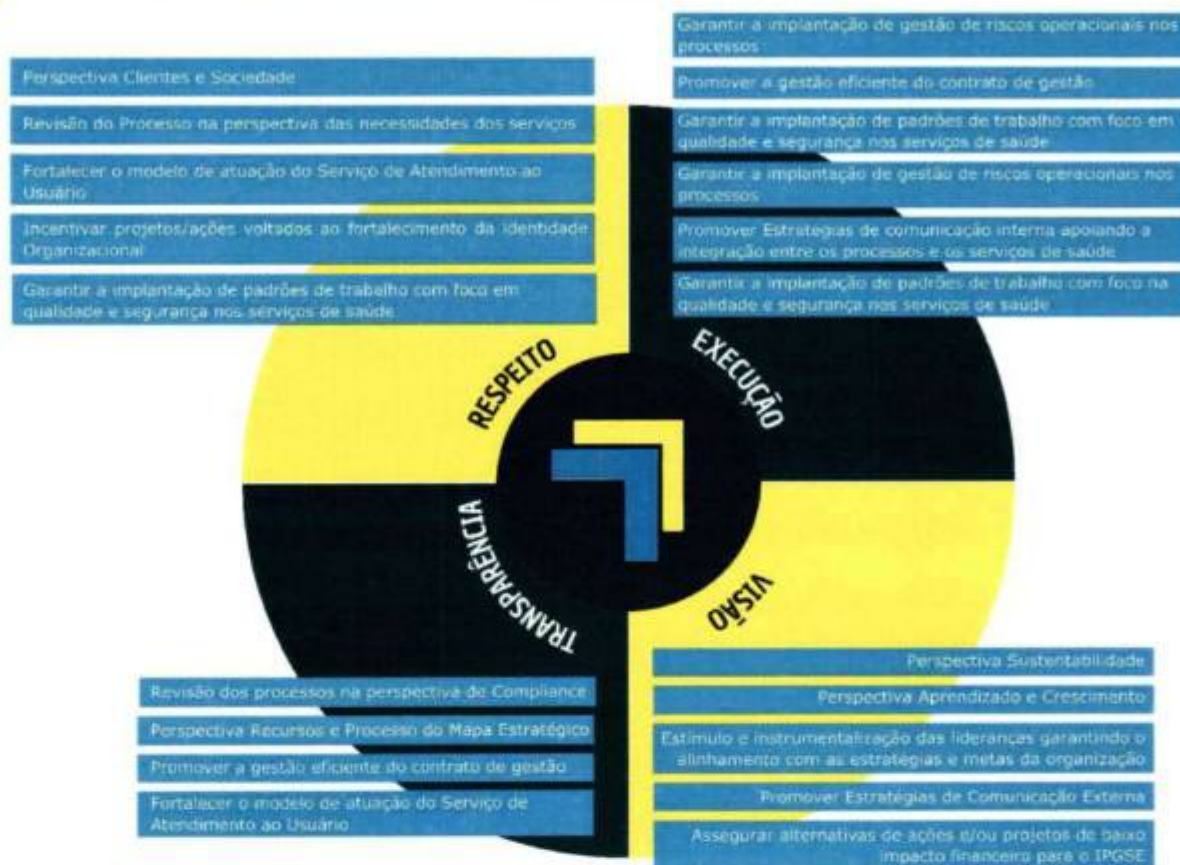


Figura 6 – Mapa Estratégico IPGSE

A partir do Mapa Estratégico, são determinados os indicadores e, adicionalmente, para a concretização é formulado o Plano de Ação Estratégico, sustentado pelos processos que compõem a Organização. Os referidos Indicadores e Planos de Ações Estratégicos são analisados mensalmente e encontram-se inseridos no sistema de gestão da qualidade suportado por:

- Planejamento Estratégico
- Manual da Qualidade
- Visões de Macroprocesso
- Políticas, Normas e Procedimentos escritos
- Documentos de Apoio e documentos regulamentares aplicáveis



- Registros da Qualidade e Auditoria

O Planejamento Estratégico contribui para o alcance das metas, conduzindo a Organização a atuar na gestão dos processos, com foco na qualidade, na segurança, na melhoria contínua e na satisfação dos parceiros e usuários dos serviços de saúde. Os processos organizacionais são auditados periodicamente por meio de auditorias internas e anualmente por meio de auditorias externas, garantindo a adesão aos padrões e normatização de processos de trabalho. Ao mesmo tempo, há o estabelecimento de requisitos que auxiliam na melhoria dos serviços prestados, no monitoramento do ambiente de trabalho, na verificação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores, promovendo dessa forma um processo contínuo de melhoria da qualidade.

DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA INSTITUCIONAL ENTRE EQUIPE GERENCIAL E COLABORADORES DA UNIDADE DE SAÚDE

Na mudança institucional são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial recebe-se a influência de condicionantes internos e externos; encaram-se resistências e superam-se obstáculos. Assim, enfatizamos que para o desenvolvimento dessa liderança é preciso:

1. Articular um processo permanente de escuta e reflexão;
2. Formular uma proposta estratégica compartilhada;
3. Manter uma liderança que leve à mudança;
4. Elaborar um plano compartilhado;
5. Assumir uma nova posição na organização para aprender a mudar através da cultura de aprendizado institucional.

Quando falamos em liderança não podemos deixar de comentar a importância dos gestores em todo o processo. A capacitação da liderança para lidar em um mundo de mudanças é fundamental para o sucesso da organização. Este é o grande desafio dos líderes e gestores. Promover um ambiente favorável ao desenvolvimento de novas atitudes, ações e transformações.



DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA ENTIDADE

ASPECTOS DA MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, o Modelo de Gestão deve incorporar os modelos, instrumentos, técnicas e práticas da Gestão da Qualidade, da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa-Cogestão como algumas possibilidades para o enorme desafio de Modernização Gerencial.

GESTÃO DA QUALIDADE

Utiliza métodos para alcançar uma prestação de serviços com qualidade na área da saúde, uma tendência que busca fortalecimento e estratégias inteiradas a um conjunto de intervenções nas organizações de saúde através da avaliação de seus três principais elementos que ficaram conhecidos como tríade de Donabedian: Estrutura, processo e resultado. A Gestão da Qualidade tem como base um conjunto de conceitos e os fundamentos que os embasam, que são: Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimentos, Pessoas, Processos e Resultados, possibilitando mapear com clareza o negócio através da visão sistêmica da organização.

GESTÃO ESTRATÉGICA

Engloba desde as avaliações de diagnósticos e de prontidão, a estruturação do processo de planejamento e formulação de um propósito compartilhado para a organização, a escolha de estratégias, a fixação de metas e desafios, até a atribuição de responsabilidades para o detalhamento dos planos e projetos e a condução e acompanhamento das etapas de sua implantação, processos formais de revisão dos planos para mantê-lo sempre adequados as realidades externas e internas da organização.

Sendo assim podemos afirmar que a gestão estratégica é um processo sistemático, planejado, gerenciado, executado e acompanhado sob liderança da alta administração da instituição, envolvendo e comprometendo todos os gerentes e responsáveis e colaboradores da instituição. Quando o processo e a metodologia de trabalho são adequados, consegue-se o envolvimento e o comprometimento de todos aqueles que têm uma contribuição efetiva na



elaboração e execução das transformações necessárias, onde as pessoas e os processos deixam de ser parte do problema para tornarem-se parte da solução.

GESTÃO PARTICIPATIVA - COGESTÃO

Significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere, quem avalia.

Os estabelecimentos de saúde são organizações complexas pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças); são compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por sujeitos de áreas diversas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos etc.) que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado) exercida de forma desigual - seus profissionais acumulam poder de forma desigual. Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se torna uma tarefa de grande complexidade impondo inúmeros desafios aos gestores.

Olhando para o modo como os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que essa organização se deu a partir do saber das diferentes profissões e categorias e não pelos objetivos comuns. Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade na assistência e nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isso, a gestão participativa é importante, como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente.

A proposta do Ministério da Saúde, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – o Humaniza SUS - é enfrentar o desafio de priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Neste sentido o Humaniza SUS traz a proposta da cogestão como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e como uma forma de controlar o estado e o governo. Portanto, para o IPGSE é uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. Em outras palavras, o modelo de gestão é sempre centrado no trabalho em equipe e em colegiados que garantem que



o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

A grande importância deste sistema é que ele garante a motivação, a capacidade de reflexão e aumento da autoestima dos profissionais levando ao fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes e poderes entre profissionais, usuários e gestores. A fim de colocar em prática o modelo de gestão participativa, o IPGSE desenvolverá dois tipos de ação:

1. A organização do espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores e
2. Um plano de ação que garante a participação no cotidiano dos serviços.

Dentre os espaços coletivos de gestão, podemos inicialmente elencar:

1. Contrato de Gestão com o Gestor Externo (Secretarias de Saúde do Estado) e Contratos Internos de Gestão, isto é, contratos feitos na própria unidade de saúde;
2. Colegiado das Unidades de Produção composto por todos os membros da equipe ou por representantes;
3. Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde e Hospital composto pelo Secretário, Diretores e Coordenadores da Secretaria de Saúde e das Unidades de Produção do Hospital.

Dentre os mecanismos que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde podemos citar:

1. Visita aberta e direito de acompanhante nas consultas e internações;
2. Equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede socio familiar do usuário;
3. Ouvidoria dinâmica, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores;
4. Família participante, Grupo de Pais, Grupo focal com usuários e trabalhadores nos vários espaços das unidades;
5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).



CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ (HEJ)**PERFIL DA ASSISTÊNCIA**

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) Fundado em 1995, a unidade foi estadualizada em 2020 é uma unidade de assistência em tempo integral, com atendimentos de demandas de urgência, emergência em níveis de média e alta complexidade, além de demanda espontânea para obstétrica, assim como demandas reguladas pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e também, para procedimentos eletivos nas 19 especialidades médicas dispostas com funcionamento 24 horas, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Sudoeste e demais Macroregiões, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual. O HEJ atende demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco.

O HEJ possui abrangência regional com atendimento a pacientes da demanda espontânea, transportados pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), possui edificação térrea e três andares superiores. A unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames de imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade de hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

Os pacientes encaminhados podem ser de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e/ou livre demanda. Atualmente, o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) possui 128 (cento e vinte oitos) leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, 20 leitos de UTI Adulto, 10 leitos/poltronas dia, sendo distribuídos da seguinte forma:

CAPACIDADE INSTALADA - HEJ

Descrição:	Quantidade:
UTI Adulto	20
Enfermaria Adulto Clínico	34
Enfermaria Obstétrica	11

CAPACIDADE INSTALADA - HEJ

Descrição:	Quantidade:
Enfermaria Pediátrica Cirúrgica	01
Enfermaria Pediátrica Clínica	05
Enfermaria Cirúrgica	45
Enfermaria Saúde Mental	10
UCIN	02
Total	128
Escritório de gestão de altas	10 Poltronas/Leitos
Centro Cirúrgico (Salas)	5*
RPA	4
Consultórios	10
Sala de Estabilização Vermelha	02
Sala de Estabilização Amarela	04
Sala de Observação	10
Sala de Procedimentos	01

*01 Sala específica para cirurgias oftalmológicas

Tabela 6 – Capacidade Instalada HEJ

As especialidades iniciais a serem ofertadas para cirurgias Eletivas no HEJ, são:

ESPECIALIDADES PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERTADAS NO HEJ:

Bucomaxilofacial

Cirurgia Geral Adulto

Cirurgia Pediátrica

Ginecologia

Oftalmologia

Ortopedia e Traumatologia

Otorrinolaringologia

Urologia

Tabela 7 – Especialidades Multiprofissionais Urgência HEJ

ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS:

Angiologia e Cirurgia vascular

Cardiologia

Cirurgia Geral

Cirurgião Pediátrico

Dermatologia

Ginecologia

Infectologia (VVS)

ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS:

Obstetria (egresso)

Oftalmologia

Ortopedia e Traumatologia

Otorrinolaringologia Adulto e Pediátrica

Pediatria (egresso)

Psiquiatria

Urologia

Tabela 8 – Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais HEJ

O atendimento de internação e urgência conta com especialidades médicas clínicas e cirúrgicas que serão: Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, Obstetria, Neurologia, Pediatria e Urologia. Além de equipe multidisciplinar composta por: Enfermagem, Serviço social, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutricionista, Farmácia, Terapia Ocupacional e Bucomaxilofacial.

O ambulatório atende os pacientes egressos/follow-up, como também consultas de primeira vez, Inter consultas e consultas subsequentes, reguladas pelo Complexo Regulador Estadual nas especialidades médicas Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgião Pediátrico, Dermatologia, Ginecologia, Infectologia, Obstetria (egresso), Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia adulto e pediátrica, Pediatria (egresso), Psiquiatria e Urologia.

As Cirurgias Eletivas a serem realizadas no HEJ serão programadas de acordo com a capacidade dos Serviços de Cirurgias da unidade e alinhado aos interesses da Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO), devendo permear o processo legal para atendimento, realização de exames e risco cirúrgicos, podendo ser definidos em Cirurgias Eletivas ambulatoriais, Hospitalar, e dentre os tipos da Hospitalar estratificam em três tipos: Cirurgias Eletivas de Alto Giro, Cirurgia Eletiva de Média ou alta complexidade e Cirurgia Eletiva Hospitalar de alta complexidade com alto custo.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

O HEJ mantém um centro de diagnóstico terapêutico que oferta Radiografia, Tomografia Computadorizada, Biópsia de Tireoide (PAAF), Colonoscopia, Endoscopia, Ultrassonografia Convencional e Ultrassonografia Doppler atendendo os pacientes internados e encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual. Serviços de Apoio como: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT interno, disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade prestado 24 horas por dia, ininterruptamente; Serviços de Farmácia garante a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional; Serviço de Nutrição e Dietética – SND presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário, visando à satisfação e recuperação da saúde; Serviço de Lavanderia processa todo enxoval e faz sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade; Central de Material e Esterilização – CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

OBJETIVOS DO HEJ**OBJETIVO GERAL**

Prestar assistência Médica de Excelência ofertando ações assistenciais de média e alta complexidade, Internações Hospitalares, Procedimentos Ambulatoriais, Atendimentos em Urgência e Emergência, Obstetria em demanda espontânea, Ambulatório Especializado e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO HEJ

1. Prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
2. Estabelecer equipes multiprofissionais de referência que serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3. Disponibilizar Equipe de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência em regime de plantão 24H nas especialidades de Cirurgia Buco maxilo facial, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, Obstetrícia, Neurologia, Pediatria e Urologia;
4. Disponibilizar especialistas das áreas de outras especialidades médicas para condução dos casos que assim exigirem;
5. Garantir processos formativos para as Equipes;
6. Implantar a alta qualificada do paciente, com descrição do resumo da alta e garantia da continuidade do cuidado através da rede de atenção básica e/ou especializada;
7. Assegurar atenção pós-operatória continuada a todos pacientes que sejam submetidos a ações terapêuticas intervencionistas e/ou cirúrgicas na unidade;
8. Disponibilizar adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
9. Submeter-se à regulação, controle e avaliação do Gestor Estadual de Saúde;
10. Possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução;
11. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil dos serviços a serem prestados, garantindo Educação Permanente e aperfeiçoamento profissional;
12. Analisar periodicamente o nível de satisfação dos usuários – incluindo os funcionários – mediante aplicação de questionários;
13. Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
14. Priorizar a avaliação por resultados.

DIRETRIZES DA ATENÇÃO HOSPITALAR

1. Garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade;
2. Continuidade do cuidado por meio da articulação do Hospital com os demais pontos de atenção da RAS;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3. Modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
4. Acesso regulado de acordo com o estabelecido na Regulação Estadual, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades;
5. Atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
6. Gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
7. Garantia da qualidade da atenção Hospitalar e segurança do paciente;
8. Garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
9. Transparência e eficiência na aplicação de recursos;
10. Participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;
11. Monitoramento e avaliação.

LINHAS DE SERVIÇO:**INTERNAÇÃO**

A Unidade Hospitalar mensalmente informa as saídas hospitalares em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saídas Pediátricas, Saídas Cirúrgicas Pediátricas, Saídas Obstétricas e Saídas Mentais, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS.

METAS DE PRODUÇÃO – HEJ

Internação (Saídas Hospitalares)	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Saídas Clínicas	186	2.232
Saídas Cirúrgicas	353	4.236

METAS DE PRODUÇÃO – HEJ

Internação (Saídas Hospitalares)	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Saídas Pediátricas	52	624
Saídas Cirúrgicas Pediátricas	10	120
Saídas Obstétricas	114	1.368
Saídas Saúde Mental	17	204

Tabela 9 - Metas de Produção Internação HEJ

AMBULATORIAL

O Hospital disponibilizará consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório.

A agenda é programada junto à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços e todas as consultas ambulatoriais serão informadas no sistema da Regulação Estadual conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde e serão contabilizadas como meta obedecendo as normas também definidas pela SES.

O atendimento ambulatorial funcionará das 07h às 19h, de segunda-feira a sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital, nas especialidades mínimas já descritas neste documento, sendo que poderão sofrer mudanças quando necessário após avaliação da demanda reprimida das Regiões de Saúde pelo Complexo Regulador Estadual, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

METAS DE PRODUÇÃO – HEJ

Ambulatório	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	1.700	20.400
Consulta Multiprofissional na Atenção Especializada	1.300	15.600
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	72	864

Tabela 10 - Metas de Produção Ambulatório HEJ

CIRURGIAS ELETIVA AMBULATORIAL

As Cirurgias eletivas ambulatoriais oftalmológicas são as que não necessitam de internação, realizadas em Centro Cirúrgico. Tais procedimentos serão autorizados previamente pelo CRE através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

METAS DE PRODUÇÃO – HEJ

Cirurgias Eletiva Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Procedimentos Oftalmológicos	258	3.096

Tabela 11 - Cirurgias Eletivas Oftalmológicas HEJ

CIRURGIAS ELETIVAS

As Cirurgias eletivas são aquelas que provém de internação hospitalar, realizadas em Centro Cirúrgico, devendo ser autorizadas previamente através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), quanto Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo CRE. As Cirurgias eletivas hospitalares de alto giro terão média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolvendo OPME's de alto custo. Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade apresenta média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de



OPME's de alto custo e as Cirurgias eletivas hospitalares de alta complexidade e alto custo podem ter média de permanência hospitalar maior que 3 dias com ou sem uso de OPME envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPME's de alto custo.

METAS DE PRODUÇÃO – HEJ

Cirurgias Eletivas	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Cirurgias Eletivas de Alto Giro	96	1.152
Cirurgias Eletivas de Média e Alta Complexidade	48	576
Cirurgia Eletiva de Alto Custo	32	384

Tabela 12 - Metas de Produção Cirurgias Eletivas HEJ

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual, sendo feitos os exames abaixo:

Disponibilizaremos vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT Externo, conforme a tabela 10 abaixo, com as metas propostas para serem executadas no HEJ, mediante análise de custos foi possível a viabilidade de se propor uma meta maior ao determinado em edital.

META DE PRODUÇÃO SADT - HEJ

SADT externo	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Biopsia de Tireoide (PAAF)	25	300

META DE PRODUÇÃO SADT - HEJ

SADT externo	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Colonoscopia	50	600
Endoscopia Digestiva Alta	100	1.200
Tomografia Computadorizada c/ ou sem contraste	20	240
Ultrassonografia Convencional	30	360
Ultrassonografia Doppler	45	540

Tabela 13 - Metas de Produção SADT Externo HEJ

AÇÕES E SERVIÇOS DISPONÍVEIS NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO:

Desde a admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar garantimos todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas para o tratamento, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME):

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
2. Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
4. Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação.
5. Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de internação.
6. Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

7. Assistência por equipe médica especializada, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal durante as 24 horas em todas as áreas de internação do Hospital (médico Hospitalar).
8. Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
9. O material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
10. Diárias de hospitalização em quartos compartilhados ou individuais, quando necessário, devido às condições especiais do usuário e/ou quarto de isolamento, conforme protocolo da instituição.
11. Acompanhantes para os usuários conforme legislação vigente.
12. Sangue e hemoderivados.
13. Fornecimento de enxoval Hospitalar.
14. Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamentodo usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do hospital.

Quando necessário através do Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento dos pacientes para outras unidades hospitalares, podem ser necessários enviando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) devidamente preenchida e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual e em caso de doenças de notificação compulsória, encaminharemos simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

ESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

1. A assistência Hospitalar será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso;
2. A Porta Hospitalar de Urgência e Emergência implementará o acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas, disponibilizando a assistência 24H por dia;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3. A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com garantia de presença de acompanhante 24h/dia e com a valorização de fatores subjetivos e sociais;
4. As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do Hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares;
5. A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares;
6. O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional;
7. O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um NIR com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário;
8. Será implantado o núcleo de Segurança do Paciente, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente;
9. Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS;
10. Identificação e divulgação dos profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, no pronto socorro, e nos demais serviços;
11. Permissão de visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por um período mínimo de 02 (duas) horas.

A alta Hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

1. Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
2. Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica, tais com as condutas providas de demandas provenientes da atenção primária;
3. Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

URGÊNCIAS HOSPITALARES

O HEJ - Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho estará preparado para oferecer atendimento contínuo às urgências e emergências, atendendo a todas as demandas encaminhadas conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), durante 24 horas por dia. Os atendimentos de urgência serão considerados não programados, onde as pessoas são encaminhadas espontaneamente em situações de urgência e emergência, por meio do SAMU e/ou do SIATE, ou referenciadas pelo Complexo Regulador Estadual, sendo classificadas de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco, conforme as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

O Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) no HEJ seguirá estritamente as orientações da Secretaria Estadual de Saúde. Pacientes de outras especialidades ou aqueles em situações não urgentes serão encaminhados para outras unidades de saúde, utilizando o instrumento de referência e contra referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual. Todos os atendimentos realizados no setor de urgência, independentemente de resultarem ou não em hospitalização, serão devidamente registrados e informados.

Caso, em consequência do atendimento de urgência, o paciente seja colocado em regime de "observação" (leitos de observação) por um período inferior a 24 horas e, ao final deste período, não haja necessidade de internação, apenas o atendimento de urgência será registrado, sem gerar qualquer registro de hospitalização ou emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência serão realizados de forma imediata após a prescrição médica. A entrega dos resultados ocorrerá dentro de um



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

prazo máximo de duas horas após a solicitação, exceto em situações onde o processo mecanizado demande mais tempo para sua conclusão.

Adicionalmente, o HEJ - Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho disponibilizará um serviço de obstetrícia para atender demandas espontâneas. Este serviço será prestado com o mais alto padrão de excelência, garantindo o cuidado e a segurança das gestantes e seus bebês, em conformidade com as melhores práticas clínicas e os protocolos estabelecidos pela SES/GO.

SERVIÇOS DE APOIO

O SADT Interno, Farmácia, Nutrição e Dietética, Lavanderia e a Central de Material e Esterilização (CME), será prestado na sua totalidade, visando modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva de forma: assistencial, preventivo, docente e de investigação, com foco na satisfação do usuário.

NOVOS SERVIÇOS OU NECESSIDADE DE TRATAMENTO PARA PATOLOGIAS DIFERENTES

No decorrer do Termo de Colaboração se necessário poderá haver mudanças nos tipos de atividades daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas.

DESCRIÇÃO DA FORMA DE COMUNICAÇÃO

Obedece aos padrões e linguagem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás para comunicação com público externo em todos os meios de comunicação. A publicação e mediante a aprovação da SES-GO, sempre cuidando pela imagem da instituição SES. Sempre realizar a revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais atualizadas. Divulgar as ações e prestações de contas demonstrando sempre transparência após aprovação da SES-GO. Quanto a comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares é imprescindível a informação clara e acessível para informação da rotina do paciente utilizando das tecnologias para facilitar esta informação.

RELATÓRIOS E DOCUMENTOS ENCAMINHADOS A SES-GO

Todos os relatórios e documentos serão devidamente encaminhados a SES-GO, obedecendo os prazos estipulados e as legislações vigentes dos órgãos de controle conforme orientação. Quanto aos documentos referentes ao estatuto social será sempre mantido atualizado e respeitando todas as exigências conforme a legislação e orientações da SES-GO.

CUMPRIMENTO DAS METAS

Garantir os cumprimentos de metas e ajustes quando necessários e solicitados pela SES-GO, informando diariamente e mensalmente os resultados da produção. Serão encaminhadas as produções conforme data e prazo estabelecidos pela SES-GO. Sempre que necessários poderão solicitar dados adicionais para monitoramento e avaliação das informações. As produções estão relacionadas ao pagamento da parte assistencial/fixa e os critérios estabelecidos serão observados quanto as Internações Hospitalares: saídas clínicas, saídas cirúrgicas, saídas cirúrgicas eletivas. Quanto as Cirurgias eletivas serão trabalhados os critérios de Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro, Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade e Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo. As Consultas Ambulatoriais estão relacionadas as consultas médicas na atenção especializada, consultas multiprofissionais na atenção especializada e pequenos procedimentos ambulatoriais.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para pacientes internados não faz parte da meta de produção, porém será informado mensalmente a produção realizada e os atendimentos de urgência e emergência, serão informados para a SES-GO mensalmente.

DESEMPENHO DO HOSPITAL HEJ

Com os Resultados dos Indicadores de Desempenho, podemos avaliar à **qualidade** da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensurar a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão desta Unidade Hospitalar. Este acompanhamento ocorrerá diariamente para buscar sempre o máximo desempenho. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês.



INDICADORES DE DESEMPENHO

Descrição	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥ 85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 24
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesma Classificação Internacional de Doenças (CID) (29 dias)	< 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
Percentual de Partos Cesária	≤ 15
Taxa de aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas a cesárias	100%
Percentual de Exames de Imagem liberados em até 72 horas	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%

INDICADORES DE DESEMPENHO

Descrição	Meta
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de perda financeira por vencimentos de medicamentos	≤ 2%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 90%

Tabela 14 - Indicadores de Desempenho HEJ

Estes indicadores mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade e são informados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares (SIGUS), os quais serão extraídos diariamente pela SES/GO. Para a gestão do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) o IPGSE informará, conforme a periodicidade determinada pela SES/GO, os resultados dos indicadores de desempenho que estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade HEJ.

HEJ
Hospital Estadual de
Jefei Dourlos Serafim
de Carvalho

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde

GOVERNO DE
GOIÁS
O ESTADO QUE DÁ CERTO

FA.1

ÁREA DE ATIVIDADE

TIPGSE



F.1 ÁREA DE ATIVIDADE

Inicialmente apresentaremos os fluxos operacionais de circulação no conceito administrativo e, posteriormente, apresentaremos os conteúdos referentes aos fluxos operacionais assistenciais de circulação dos usuários. Propõe-se para o HEJ a identificação do fluxo operacional do paciente para as áreas assistenciais de acordo com as suas características, sendo com as respectivas áreas identificadas com sinalização no chão da Unidade, conforme descrito e ilustrado abaixo:

- **LINHA AMARELA:** Direcionará o usuário à UTI, Centro Cirúrgico Geral e Arsenal;
- **LINHA AZUL:** Direcionará o usuário à Clínica Cirúrgica;
- **LINHA BRANCA:** Direcionará aos Leitos de Saúde Mental;
- **LINHA CINZA:** Direcionará ao Centro Cirúrgico Oftalmológico e Pediatria;
- **LINHA LARANJAS:** Direcionará o usuário ao Pronto Socorro;
- **LINHA LILÁS:** Direcionará o usuário ao Ambulatório e Setor Administrativo;
- **LINHA MARROM:** Direcionará ao Laboratório;
- **LINHA PRETA:** Direcionará o usuário ao Morgue;
- **LINHA ROSA:** Direcionará o usuário ao SADT.
- **LINHA VERDE:** Direcionará o usuário à Maternidade;
- **LINHA VERMELHA:** Direcionará o usuário à Clínica Médica.

1.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES INDIVIDUALIZADAS PARA O ESTABELECIMENTO/UNIDADE DE SAÚDE

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, as circulações em áreas restritas, internas e externas das unidades de assistência correspondem aos seus acessos (Fluxos), circulação e estacionamento. A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as unidades de saúde. A compreensão da relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

1.1.1 Implantação de fluxos

Um fluxograma é uma representação dos passos de um processo. É útil no início de uma avaliação e proporciona um entendimento do processo para a equipe, ajuda a identificar os passos que causam repetição do trabalho ou ineficiência, e cria um ponto de partida para decidir sobre as ações que melhorarão o processo.

Como proposta de trabalho para o HEJ, os fluxos serão definidos com base nas ferramentas que compõem a cultura Lean, com destaque para o diagnóstico situacional englobando a identificação e priorização dos gargalos, análise de layout, Mapeamento dos processos, elaboração do Mapa de Fluxo de Valor (MFV) com vistas a identificar o que agrega e não agrega valor para o paciente e para a Unidade, análise de causa raiz, padronização de procedimentos, fluxos otimizados, contínuos e trocas rápidas. Evitando desperdícios em tempo de espera, tempo de interrupção, movimentação desnecessária, excesso de produção e excesso de estoque, dentre outros que se fizerem necessários para o pleno funcionamento da Unidade.

Propõe-se a implantação de fluxos segmentados em:

FLUXOS OPERACIONAIS

São os que contemplarão a circulação de usuários e profissionais em áreas de acesso comum: internas e externas, e as áreas restritas.

FLUXOS DOCUMENTAIS

São os que contemplarão a criação, registro e armazenamento de documentos dos pacientes e administrativos da Unidade.

FLUXOS UNIDIRECIONAIS

São previstos para Central de Material e Esterilização (CME), distribuição de roupas e serviços de resíduos de saúde.

1.1.1.1 Fluxos Operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

Compreende como a circulação em áreas restritas, externas e internas de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, as circulações internas e externas das unidades de assistência à saúde correspondem aos seus acessos (Fluxos), circulação e estacionamento.

FLUXOS INTERFUNCIONAIS

São aqueles que se desenvolvem entre diferentes unidades do hospital.

FLUXOS INTRAFUNCIONAIS

São aqueles que se sucedem no âmbito da mesma unidade. A compreensão dos fluxos interfuncionais envolverá na implantação do fluxo operacional a seguir, sequenciada pela modelagem inicialmente proposta de cada fluxo.

PACIENTE EXTERNO

São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (Urgência e emergência), ambulatório ou apoio diagnóstico, acessam a unidade por livre demanda ou regulação. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deverá ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações brancas, reservadas aos funcionários e pacientes internados ou em observação.

PACIENTE INTERNO

São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação, que, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.



ACOMPANHANTES

São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes que o acompanha durante sua permanência na unidade. A circulação destes pela unidade devem ser restrita às áreas funcionais.

COLABORADORES

São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, auxiliares etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita as unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda unidade.

VISITANTES E PRESTADORES DE SERVIÇOS EXTERNOS

É constituído por um fluxo de visitantes, para visitar os pacientes em regime de internação na unidade, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados etc. O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é de extrema importância para o bom funcionamento e a segurança da unidade e dos pacientes.

CADÁVER

Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadáver" se justificam, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes. Assim, a circulação do cadáver utilizará um trajeto do local onde ocorreu o óbito até o morgue, evitando as áreas de circulação por onde passam pacientes e acompanhantes, ocorrendo de forma adequada e humana, eliminando qualquer risco de contaminação e constrangimento.



INSUMOS

Grupo constituído pelos fluxos dos diversos insumos que permeiam e suprem as diferentes unidades funcionais do hospital, distinguindo-se dentre várias características, o volume e a importância, como por exemplo: recebimento de alimentos (processados ou não), material cirúrgico, medicamentos, roupas, equipamentos entre outros e etc.

MATERIAL CONTAMINADO E RESÍDUOS SÓLIDOS

Fluxos constituídos por materiais contaminados e resíduos sólidos, como por exemplo: roupa suja, Resíduos pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde, etc. O processamento desses materiais observará a normatização aplicável, fazendo-se uso de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final, condições que eliminam a necessidade de circulações exclusivas para essa modalidade de fluxo entre as diferentes unidades funcionais, quando necessário.

FLUXOS OPERACIONAIS ADMINISTRATIVOS DE CIRCULAÇÃO RESTRITIVAS EXTERNAS

O fluxo geral de pessoas e sua identificação inicia-se do acolhimento e autorização do acesso de pessoas que será feito, exclusivamente, pelas entradas principais de atendimento, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais. Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que tiverem acesso às dependências deverão estar com dispositivos de identificação específicos, bem como terem sua entrada e saída registrada em controle eletrônico, conforme o caso.

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

A critério do Hospital poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico,



pelos próprios funcionários da Instituição.

Os crachás de Identificação (CI) dos colaboradores serão emitidos pelo setor de Recursos Humanos (RH), se forem constatados dados incorretos no Crachá de Identificação (CI), o usuário deverá solicitar a atualização dos dados junto ao RH da sua unidade a emissão de 2ª via do Crachá de Identificação (CI), nos casos de extravio (perda, roubo, furto etc.), desgaste das imagens impressas ou quaisquer danos, deverá ser solicitada junto ao RH.

Já a devolução do cartão ou crachá, no caso de colaborador, o Crachá de Identificação (CI) deverá ser devolvido ao RH quando cessar o vínculo com o serviço, obrigando-se o portador a restituí-lo, sob as penas da lei. Os colaboradores da instituição em trânsito também deverão ser identificados através do crachá e ter a entrada registrada em controle eletrônico de acesso. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, o vigilante e a coordenação deverão verificar junto ao RH o cadastro do profissional e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

COLABORADORES ADMINISTRATIVOS QUE ADENTREM A UNIDADE

O Prestador de Serviço, será identificado com etiqueta/adesivo autocolante no momento do acesso a portaria, entrega dos adesivos autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade do mesmo e autorização de acesso. Deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização e com os crachás das empresas terceiras.

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DOS SETORES ADMINISTRATIVOS

1. Colaborador adentra a Instituição através do portão da recepção ambulatorial e administrativa e se identifica no controle de acesso.
2. Se o colaborador estiver de carro, deverá estacionar na recepção da Internação (estacionamento do HEJ) e caminhar até a recepção ambulatorial e administrativa.
3. Colaborador se dirige ao relógio de ponto para registro de entrada.
4. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.





Figura 7 - Fluxo de Acesso de Colaboradores dos Setores Administrativos

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DO SETOR CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO (CME)

1. Colaborador acessa a área externa do HEJ pela entrada Ambulatorial e administrativa, se identifica no controle de acesso.
2. Colaborador se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada.
3. Colaborador se dirige a lavanderia para pegar dois uniformes sendo um privativo do CME e um para circulação fora da área crítica, em seguida se desloca ao vestiário do CME,



trocam de roupas e guarda seus pertences no armário.

4. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.

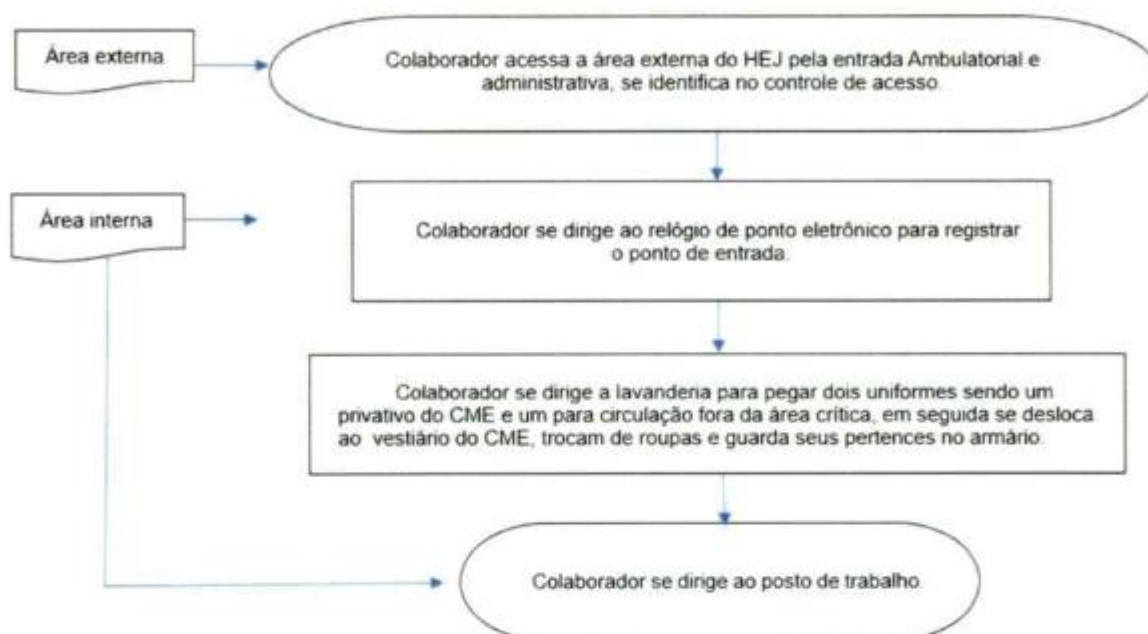


Figura 8 - Fluxograma do Acesso de colaboradores da CME

FLUXO DE ACESSO DE COLABORADORES DO SETOR CENTRO CIRÚRGICO (CC) E MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇO

1. Colaborador acessa a área externa do HEJ pela entrada ambulatorial e administrativa, se identifica no controle de acesso.
2. Colaborador se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada.
3. Colaborador se dirige a lavanderia para pegar dois uniformes sendo um privativo do CC e um para circulação fora da área crítica, em seguida se desloca ao vestiário do CC, trocam de roupas e guarda seus pertences no armário.
4. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.



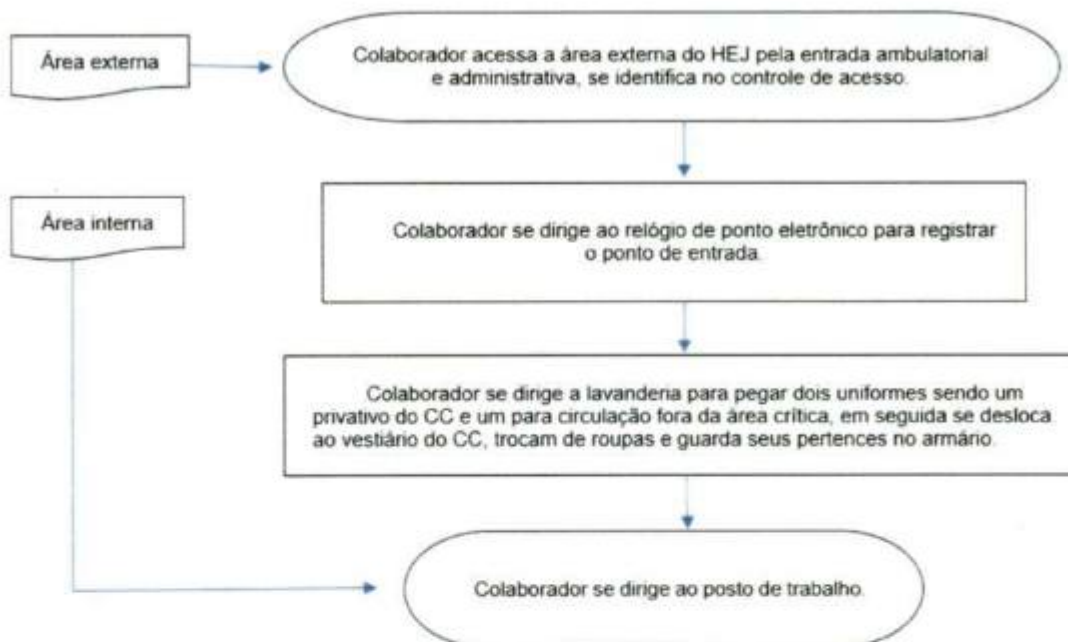


Figura 9 - Fluxograma de Acesso de colaboradores do CC e Médicos Prestadores de Serviço

ACESSO DE COLABORADORES DOS SETORES ENFERMARIA, BOX, UTI, PS, SETOR DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO, LABORATÓRIO, FARMÁCIA, SERVIÇO HIGIENE E LIMPEZA, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E MÉDICOS PRESTADORES DE SERVIÇO

1. Colaborador acesso a área externa do HEJ pela entrada ambulatorial e administrativa, se identifica no controle de acesso.
2. Colaborador se dirige ao relógio de ponto eletrônico para registrar o ponto de entrada.
3. Colaborador se dirige a lavanderia para pegar o uniforme que irá usar, em seguida se desloca ao vestiário, trocam de roupas e guarda seus pertences no armário.
4. Colaborador se dirige ao posto de trabalho.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

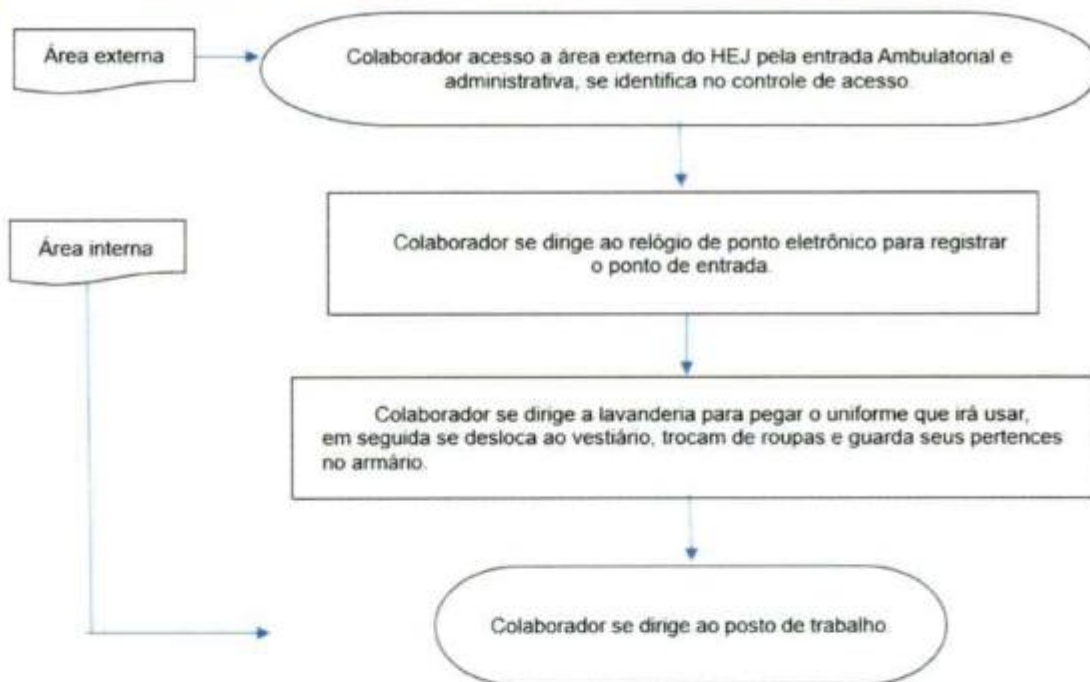


Figura 10 - Fluxograma de Acessos de colaboradores da Enfermaria, Observação, UTI, PS, Imagem e Diagnóstico, Laboratório, SHL, Equipe Multidisciplinar e Médicos Prestadores de Serviço

FLUXO DE USUÁRIOS INTERNOS E EXTERNOS

SETORES ASSISTENCIAIS

Para finalidade didática deste Projeto Técnico, entendemos como usuários os pacientes, acompanhantes e visitantes dos pacientes. A estes usuários os acessos são restritos às áreas de assistência, sendo ainda ao visitante, permitido apenas o acesso ao setor de internação/observação nos horários estabelecidos pela unidade. Todos os usuários serão devidamente identificados, sendo os pacientes identificados por meio de pulseiras de identificação branca, e os acompanhantes pulseiras de identificação azul e visitantes por meio de crachá e/ou adesivos colantes.



SETORES ADMINISTRATIVOS

Os setores administrativos do hospital tais como Departamento Pessoal, Recepção, Diretoria e Coordenação poderão ser acessados por todos os usuários, desde que devidamente identificados e previamente autorizados pelo responsável do setor. O acesso a esses setores ocorrerá por meio do acesso Administrativo em horário comercial, mediante autorização, cadastro da visitante via sistema e identificação do usuário através de etiqueta/adesivo autocolante.

ÁREA RESTRITA

São considerados restritos os setores do Hospital que possuem risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Setores restritos podem ser acessados mediante autorização especial da Coordenação Administrativa da unidade e sempre supervisionado por um colaborador da unidade, devendo ser obedecido os protocolos existentes para esses setores.

Nesses setores restritos, devem ser definidos os níveis de permissão para acesso/circulação em cada local, garantindo assim, a segurança da instituição e das pessoas que estão nela. No Hospital existirá três tipos de setores restritos, os administrativos, os de apoio assistencial e os assistenciais.

Os setores, Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, Núcleo Interno de Regulação - NIR e parte interna das recepções, faturamento, suprimentos e logística, qualidade, recursos humanos-RH, almoxarifado, serviços especializados em segurança e medicina do trabalho-SESMT, manutenção, engenharia clínica, são setores administrativos restritos.

Os setores como: CME, Refeitório, Cozinha, Descanso dos Colaboradores, área de gases, área de abastecimento (Carga e descarga) e área de Morgue, setor de imagem, laboratório, farmácia, CAF, serviço de controle de infecção relacionada a assistência à saúde (SCIRAS), núcleo hospitalar de vigilância epidemiológica - NHVE, são setores de apoio assistencial restrito

Os setores como UTI, isolamentos, enfermarias, pronto socorro, ambulatório e bloco cirúrgico são acessados apenas por pacientes em atendimento (Acompanhantes quando necessário) e funcionários do setor devidamente paramentados quando necessário e são identificados como setores assistenciais restritos.



ÁREA EXTERNA

As áreas externas da unidade hospitalar estão relacionadas a alguns tipos de serviços e a necessidade da utilização de estacionamento no hospital. Destacamos fluxos como de prestadores de serviços na unidade de saúde, acesso de veículos oficiais, carro funerário, veículos de funcionários, fornecedores, caminhão de coleta de resíduos hospitalares, ambulâncias etc.

Os seguranças registrarão a entradas e a saídas de automóveis dos profissionais da saúde, sendo esses previamente cadastrados, de acordo com a disponibilidade de vagas, e munidos de adesivo para facilitar a identificação do veículo. O trabalhador só terá acesso à unidade com um automóvel se ele estiver com o adesivo. O acesso de outros veículos deve ser controlado pela Portaria segundo Rotina Operacional a ser definida, com registro da placa do veículo, nome do condutor e horário de entrada e saída. A área externa, estacionamento/área delimitada reservada para ambulâncias é de uso exclusivo para ambulâncias que realizam o transporte de usuários.

ÁREAS INTERNAS

Compreende-se em ambientes que se encontram dentro das dependências do hospital.

FLUXO DE ACESSO DE VISITANTE NAS DEPENDÊNCIAS ASSISTENCIAIS

1. O visitante acessa a área externa do HEJ pela recepção da Internação se identifica apresentando documento pessoal para registrar em sistema de controle de acesso. É certificado com o Serviço Social a autorização da entrada.
2. O cadastro é realizado em sistema com emissão de etiqueta para identificação do visitante.
3. Visita na UTI: equipe de psicologia realiza acolhimento e orientações aos visitantes, os encaminha seguindo a faixa amarela, acompanha boletim médico e realizam visita beira leito.
4. Visita na Clínica Médica: deverá seguir a faixa amarela até a clínica que se encontra o paciente.
5. Visita na Maternidade: deverá seguir a faixa verde onde se encontra o alojamento



conjunto.

6. Visita na enfermaria de Saúde Mental: visitante deverá seguir a faixa branca até onde se encontra o paciente.
7. Visita na Pediatria: visitante deverá seguir a faixa cinza até o setor.
8. Finalizada a visita, seguir a faixa do setor correspondente até Recepção 01 (Internação) e posteriormente se dirigir a saída do hospital.

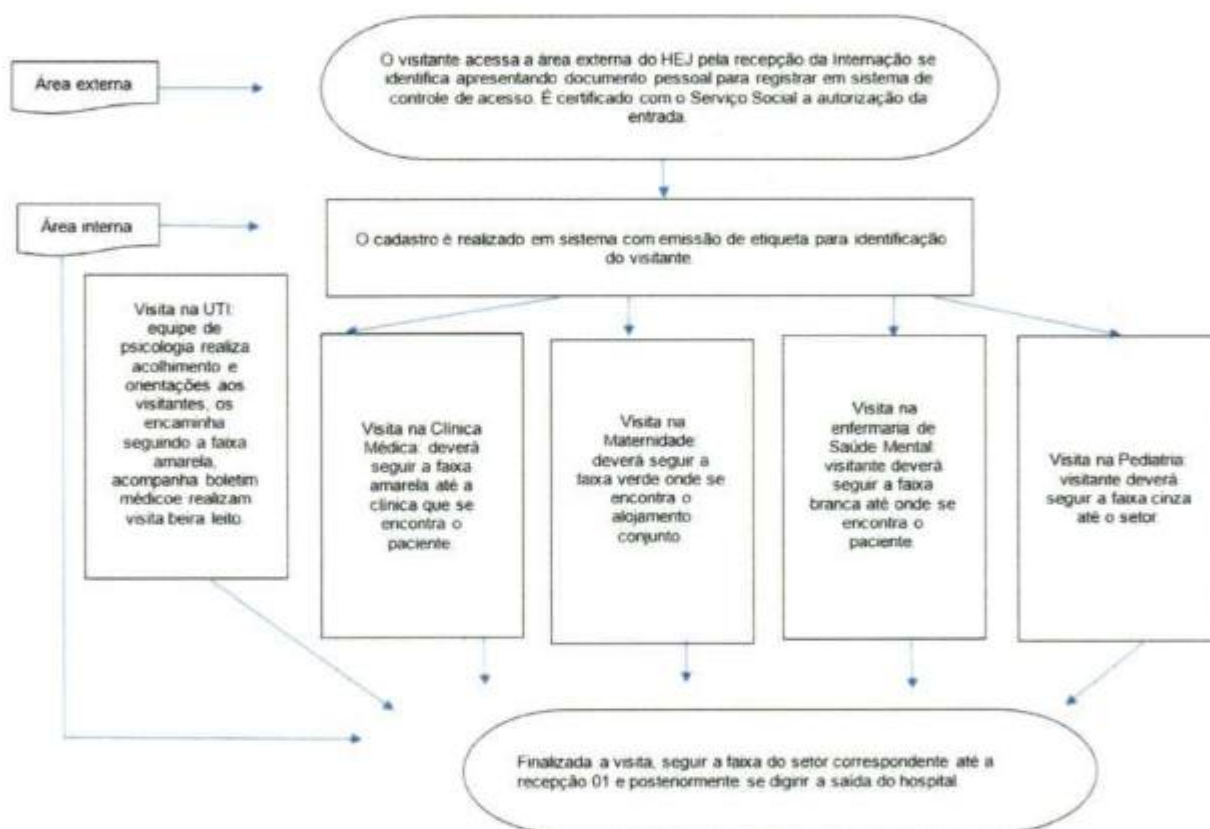


Figura 11 - Fluxograma de Acesso de Visitantes nas dependências Assistenciais

FLUXO DE ACESSO DE FORNECEDORES

1. Os fornecedores de insumos, materiais e medicamentos acessam a área externa do HEJ pelo portão da rua lateral, se identificam através do interfone.
2. Equipe do Almoxarifado confere nota fiscal com ordem de compras



3. Descarrega a mercadoria na área indicada.
4. Registro no controle de acesso.

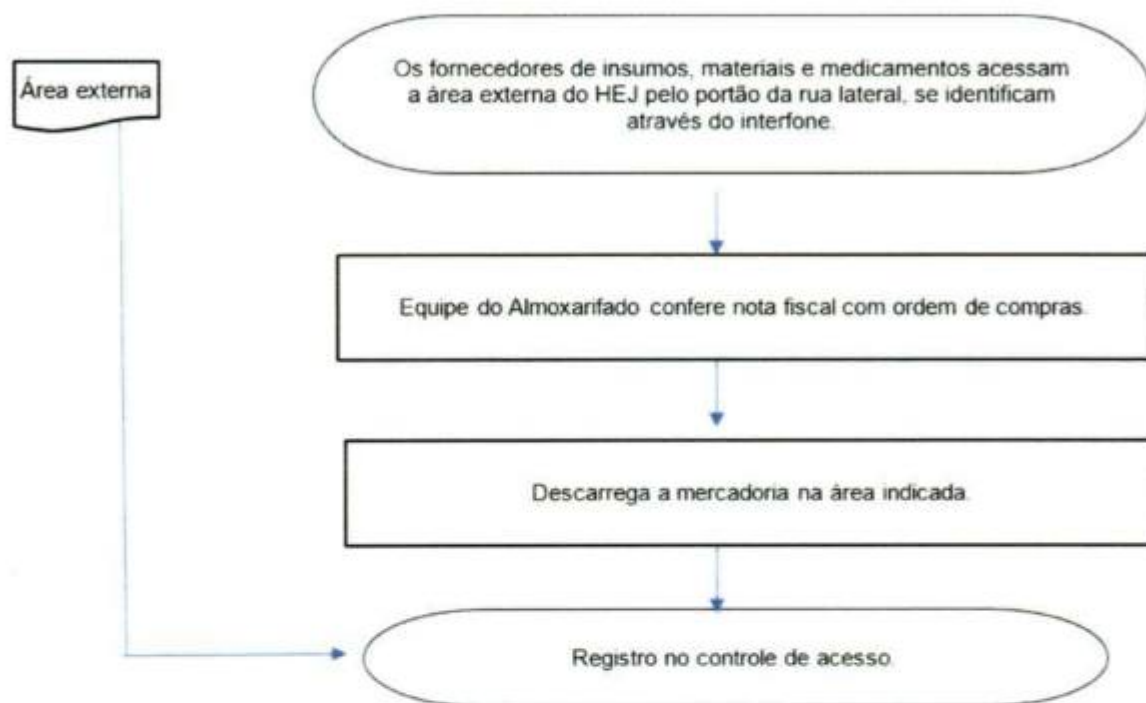


Figura 12 - Fluxograma de Acesso de Fornecedores

FLUXO DE ACESSO DE ENTRADA À VISITANTES E PRESTADORES DE SERVIÇO NAS DEPENDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

1. Visitantes e prestadores de serviço acessam a instituição através da recepção ambulatorial e administrativa, se identificam no controle de acesso.
2. Serão identificados com crachás de visitantes e direcionados para o setor administrativo seguindo as faixas de acesso da cor lilás através do corredor lateral a direita.
3. São recepcionados pela secretária administrativa que o anunciará para o setor responsável.



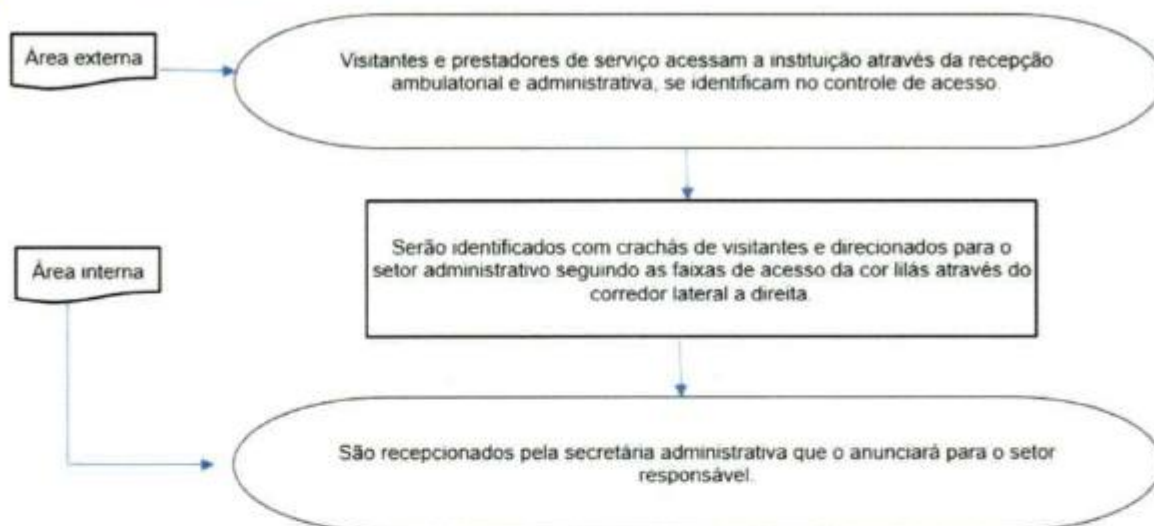


Figura 13 - Fluxograma de acesso de visitantes nas dependências administrativas

FLUXO DE ACESSO DO ACOMPANHANTE

1. Acompanhante se identifica na recepção de internação. É certificado com Serviço Social autorização da entrada do mesmo e o direcionamento do mesmo.
2. Recepcionista solicita documentos pessoais para cadastro do acompanhante, que em seguida recebe manual do acompanhante.
3. É disponibilizado embalagens transparentes para guarda de pertences pessoais para adentrar na unidade de internação/enfermarias.
4. Assistente Social é acionada pela recepção para conduzir o acompanhante até o leito de internação onde recebe orientações sobre as regras internas da instituição e reforça sobre orientações contidas no manual.
5. Acompanhante permanece na unidade de internação com paciente até troca de acompanhante ou até alta médica.



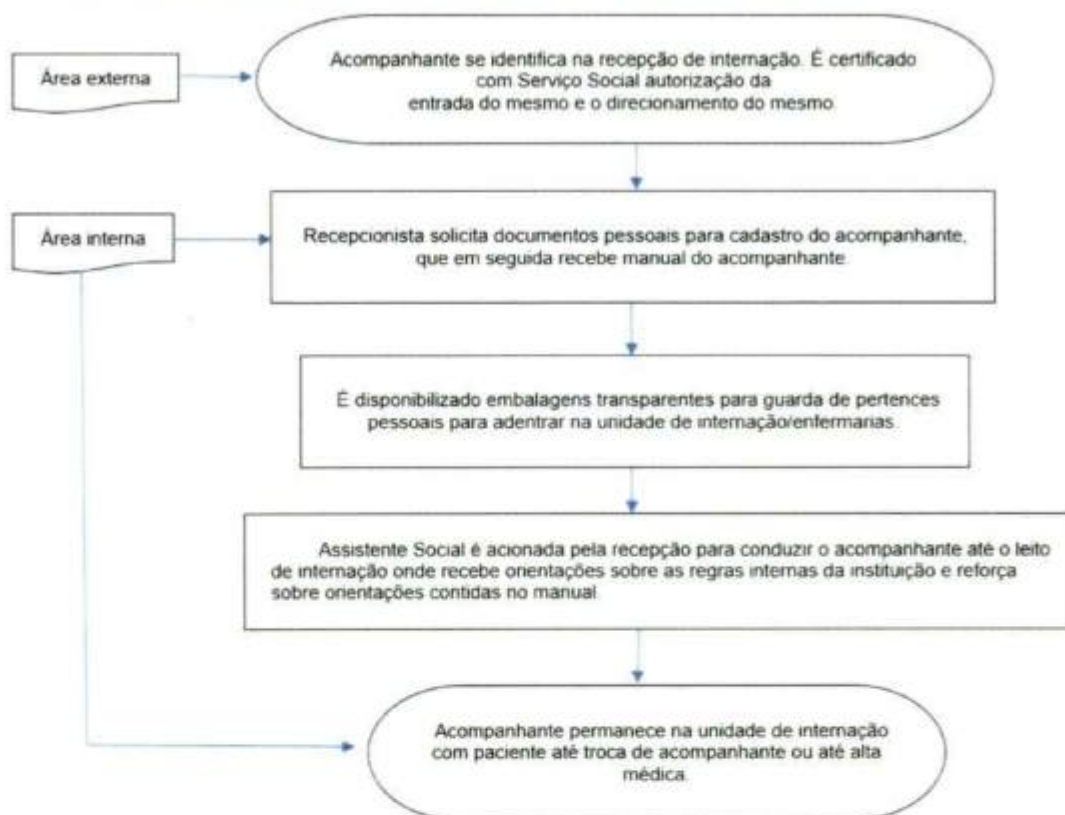


Figura 14 - Fluxograma de Acesso do Acompanhante

FLUXO DE ACESSO DE TRANSPORTE EXTERNO À UNIDADE

1. Ambulâncias reguladas ou não, SAMU, bombeiro, carro próprio: Dão entrada na instituição através do acesso exclusivo entre a recepção de Urgência/Emergência e a recepção Ambulatorial/Administrativa.
2. Segurança abre a porta que acessa diretamente para as salas de estabilização vermelha e amarela.
3. Caso o paciente apresente sintomas de gravidade já é encaminhado em maca para ser classificado e atendido na sala de estabilização amarela ou vermelha.
4. Se não apresentar sintomas de gravidade é encaminhado em maca ou cadeira de rodas para a sala de classificação de risco.



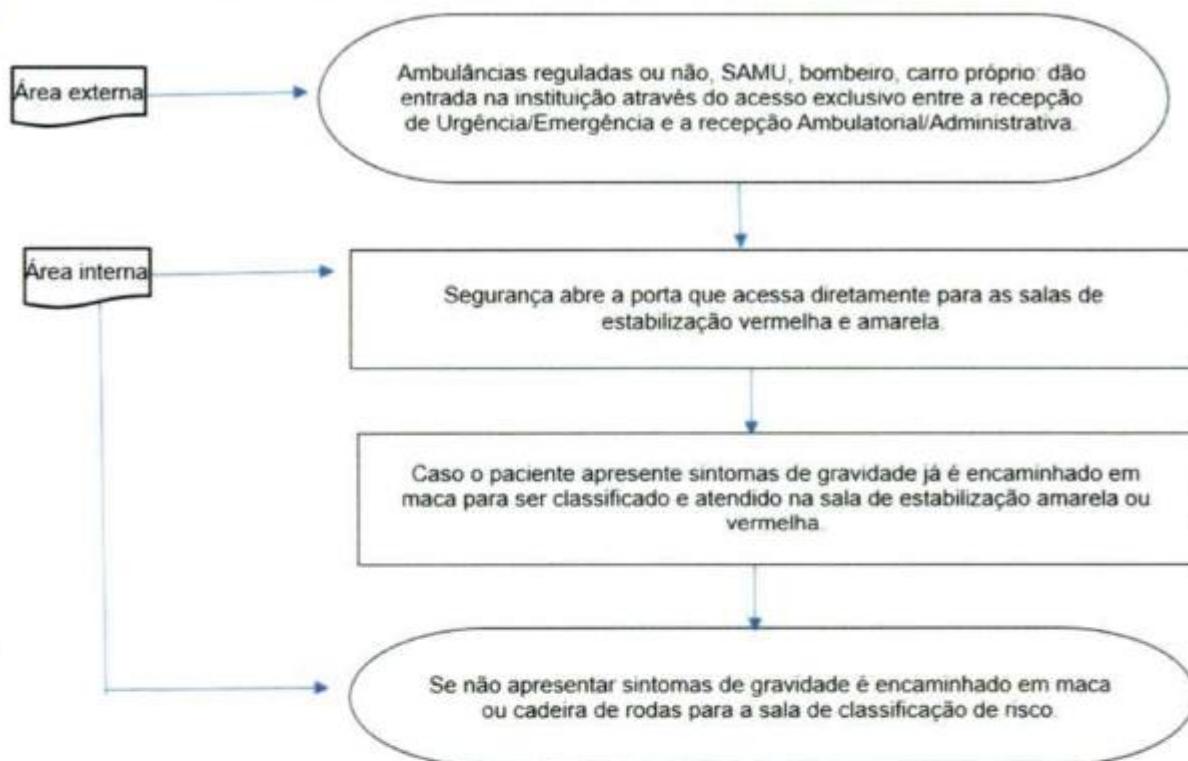


Figura 15 - Fluxograma de Acesso de Transporte Externo à unidade

FLUXO PARA ABERTURA DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO

1. Paciente adentra na unidade através de uma das recepções: ambulatorial, internação ou de emergência, de meios próprios, SAMU, bombeiros ou ambulância.
2. Paciente ou acompanhante é direcionado pela recepção para sala de classificação de riscos. Em casos de emergências a classificação de risco é realizada no pronto socorro e o acompanhante é direcionado até a recepção para abertura do atendimento
3. Após atendimento da enfermagem e identificação com pulseira conforme o risco apresentado, paciente ou acompanhante se direciona até a recepção guarda até ser chamado no painel de aviso sonoro.
4. Paciente/acompanhante apresenta as seguintes documentações para a equipe da recepção: documento pessoal com foto, cartão do SUS e comprovante de endereço.
5. Equipe da recepção realiza o cadastro em sistema de gestão hospitalar realizando a abertura do prontuário médico.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

6. É realizado a identificação do paciente com pulseira branca com os seguintes dados: número do prontuário, leito de internação, nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe, e data de internação.
7. É realizado a identificação do acompanhante com pulseira azul com os seguintes dados: número do prontuário, nome completo do paciente, idade, data e hora de entrada na unidade, leito do paciente, nome da mãe e nome do acompanhante.
8. Paciente aguarda o atendimento na recepção, ou em casos de urgência, é atendido no pronto socorro

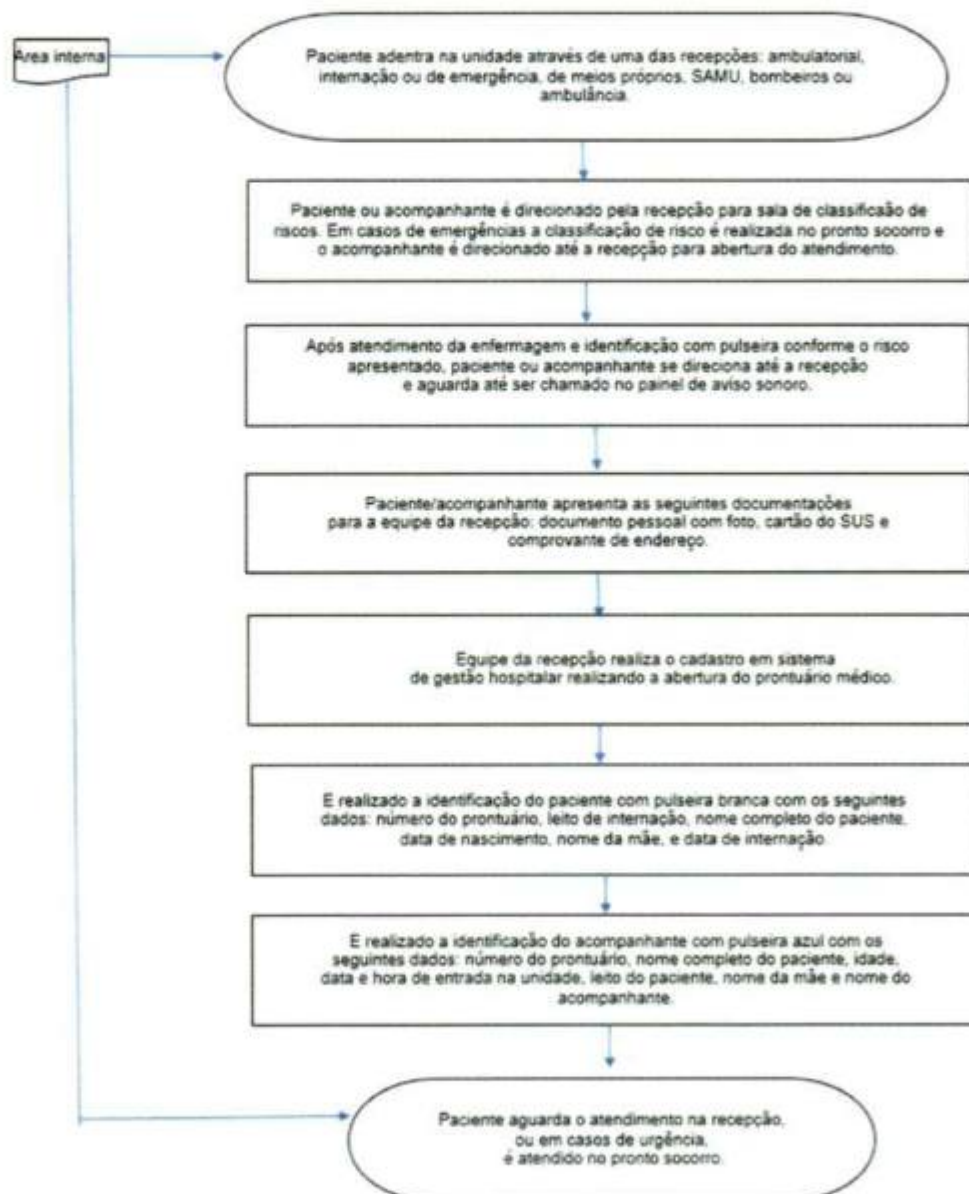


Figura 16 - Fluxograma - Abertura de Atendimento na Recepção



FLUXO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE OUVIDORIA

1. Paciente procura o serviço de ouvidoria via site, telefone, e-mail, formulário, telegrama/carta, presencial, QR code ou ouvidor realiza busca ativa nos leitos.
2. De forma presencial ou busca ativa em leito, paciente e/ou acompanhante registra manifestação.
3. Ouvidoria analisa e classifica manifestação, encaminha para o gestor responsável do setor.
4. Gestor responde manifestação em até 10 dias informando as providências adotadas.
5. Ouvidoria analisa esclarecimento, elabora resposta conclusiva das providencias internas adotadas, reporta ao paciente/acompanhante em até 20 dia, respeitando que as respostas devem ser enviadas dentro do mesmo mês em que houve o registro do manifesto.

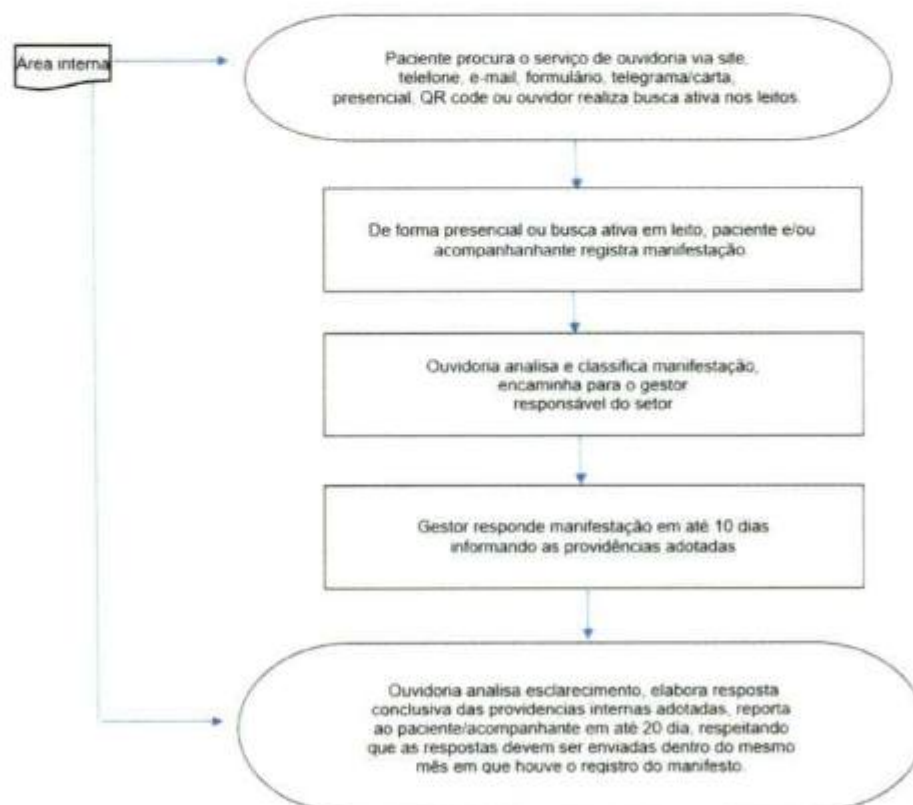


Figura 17 - Fluxograma de Atendimento do Serviço de Ouvidoria



FLUXO CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

1. Paciente busca atendimento em uma unidade de saúde solicitante (US).
2. Solicitação de vaga é enviada para Central de Regulação Estadual (CRE).
3. Médico regulador do CRE recebe solicitação e avalia.
4. Solicitação conforme? Não.
5. Médico do CRM devolve solicitação a unidade solicitante para correção.
6. Solicitação conforme? Sim.
7. CRE busca a vaga via sistema em unidades Unidade solicitante insere solicitação de vaga via sistema de sistema de regulação da macrorregião.
8. Solicitação é perfil? Não.
9. Unidade que não é perfil, devolve solicitação ao CRE para que ele busque outra unidade que seja perfil.
10. Solicitação é perfil? Sim.
11. Unidade perfil avalia solicitação e dá o aceite ao CRE.
12. CRE recebe aceite da unidade perfil e encaminha o aceite a unidade solicitante.
13. Unidade solicitante confirma o aceite.
14. Providencia o transporte caso haja necessidade.
15. Unidade executante acolhe o paciente e realiza os procedimentos necessários.

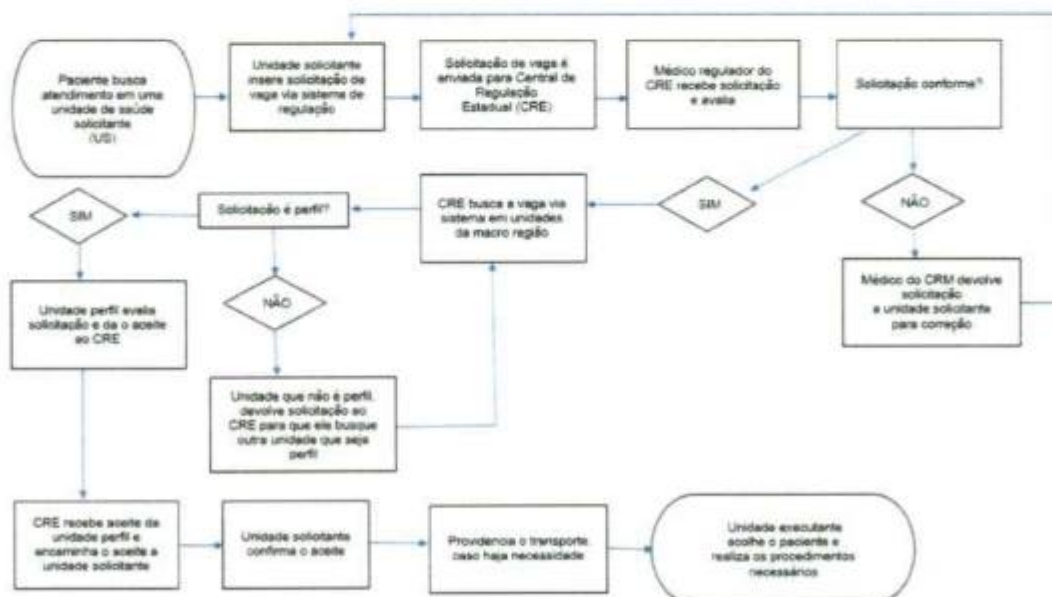


Figura 18 - Fluxograma da Central Regulação Interna (NIR)

FLUXO DE BENS E MÓVEIS

A saída ou o recebimento de equipamentos ou mobiliários só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da autorização de saída de bens e móveis deverá contemplar na mesma as descrições técnicas do equipamento e número de patrimônio, que será sempre emitida em duas vias pelo gestor do patrimônio, ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada e a outra deve ser apresentada na portaria para a saída mercadoria. A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço etc.

FLUXO DE AQUISIÇÃO DE BENS E MÓVEIS

1. Necessidade de aquisição de bem patrimonial.
2. Elaborar projeto de investimento junto a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES- GO).
3. Protocolar a solicitação via processo SEI (sistema eletrônico de informação) da SES.
4. Após aquisição do bem patrimonial o mesmo é recebido na unidade pelo almoxarifado.
5. É realizado a conferência da nota fiscal do bem recebido e acionado um representante da equipe do patrimônio.
6. Responsável do patrimônio solicita junto a SES o cadastro e número do patrimônio.
7. Os dados que devem ter na solicitação de cadastro são os seguintes: aquisição do bem, nota fiscal, valor e número de série.
8. Após realização do cadastro junto a SES, é enviado o número do tombamento para ser fixado no bem recebido através de etiqueta de identificação.
9. Após realização do cadastro junto a SES, é enviado o número do tombamento para ser fixado no bem recebido através de etiqueta de identificação.
10. O bem será alocado no seu local de destino. Qualquer movimentação de setor, deverá ser solicitado ao patrimônio devido a controle e inventário de bens patrimoniais.



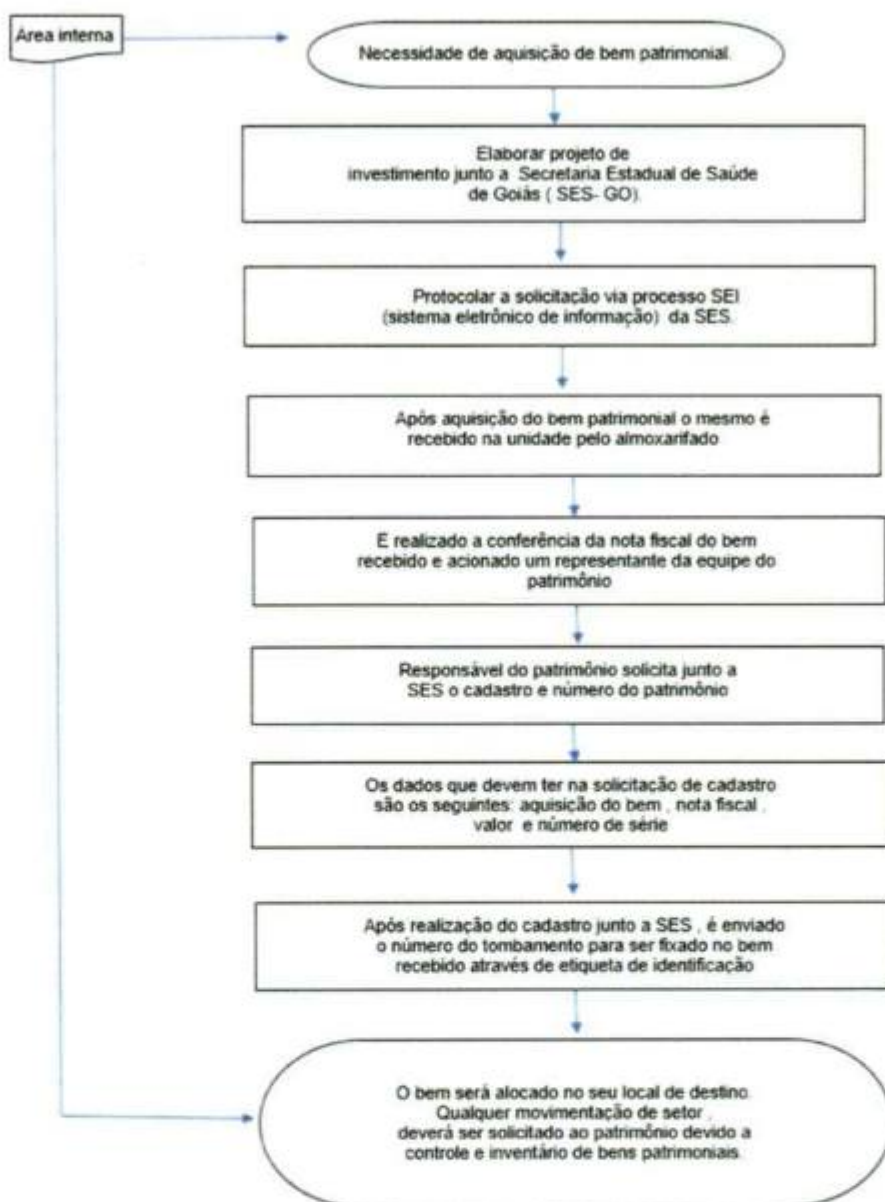


Figura 19 - Fluxograma de Aquisição de Bens e Móveis

FLUXO INSERVIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS/LOGÍSTICA REVERSA

1. Equipamentos médicos assistenciais (EMA) parados e inativados dentro da unidade.
2. Realizar o preenchimento do formulário de solicitação de avaliação e devolução de

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

equipamento médico à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES-GO.

3. Solicitar a engenharia clínica ou setor de tecnologia da informação o laudo de obsolescência do equipamento.
4. Incluir fotos e o histórico do equipamento.
5. Orçamento para manutenção, carta de "End of life" ou "End of service", se aplicável.
6. Após avaliação da comissão permanente de alienação e desfazimento (CPAD) por meio da coordenação de engenharia clínica da gerência de engenharia, arquitetura e manutenção (CEC/GEAM) da SES-GO.
7. Destinação final.
8. Caso o equipamento esteja em condições de uso, o mesmo poderá ser realocado para outra Unidade de Saúde.
9. Caso haja a intenção de substituição do equipamento, avaliar a possibilidade de alienação do equipamento (entrega do equipamento obsoleto ao fornecedor do novo a ser adquirido).
10. Caso o equipamento não esteja em condições de uso, deverá seguir com o envio da documentação comprobatória.
11. Retirada do equipamento pela SES-GO para o devido descarte ou realocação.



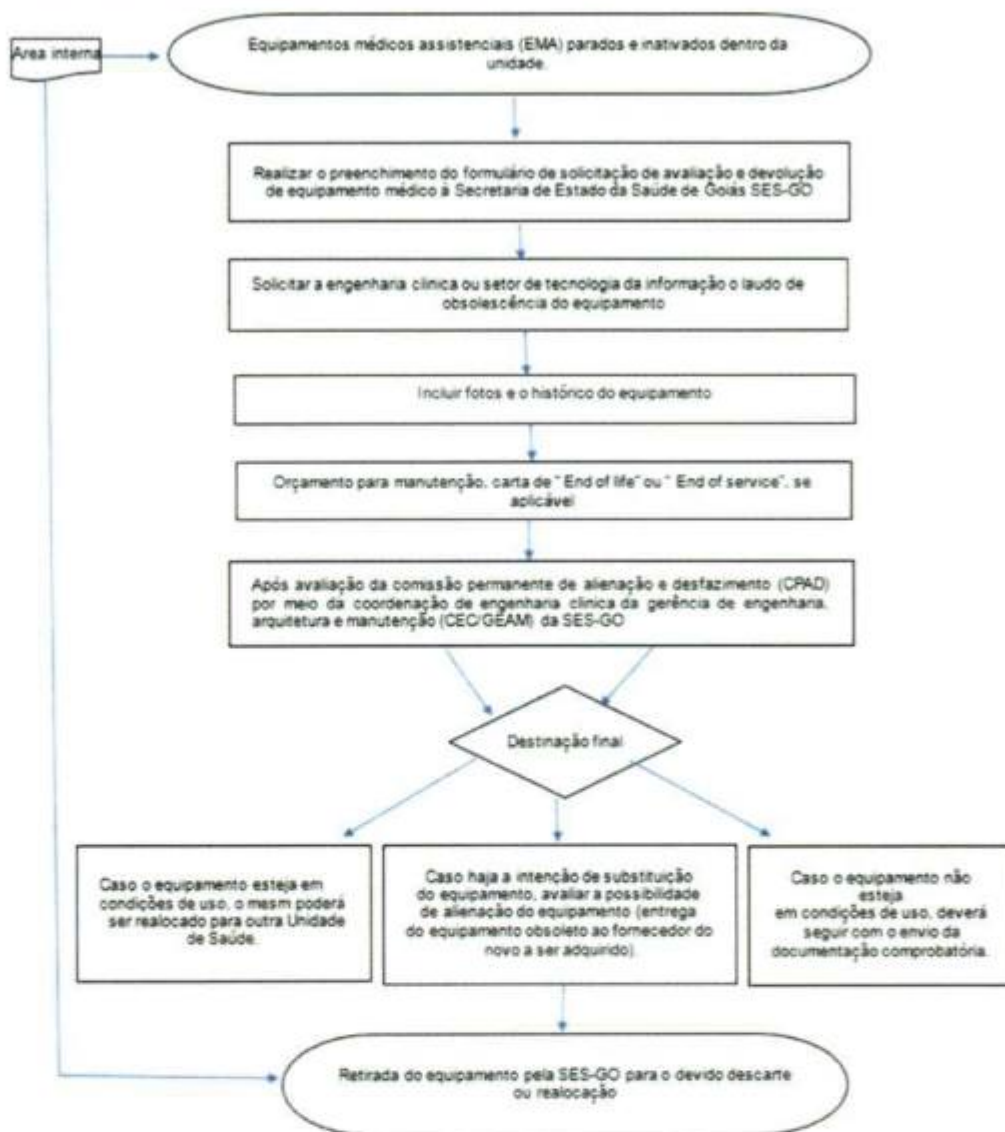


Figura 20 - Fluxograma de Inservibilidade de Equipamentos/Logística Reserva

FLUXOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS DE CIRCULAÇÃO RESTRITAS INTERNAS

ÁREA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada no acolhimento, voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Será utilizado no HEJ o Protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada paciente.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Geralmente, elas são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha representa os casos mais graves, e a azul, os mais leves. Essa classificação visual é utilizada para definir a prioridade do atendimento. Diversos fatores são levados em consideração para determinar a classificação de risco em cores, como: dor, sinais vitais, pressão, sintomas, entre outros.

FLUXOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. Paciente da entrada na unidade via complexo regular e/ou demanda espontânea através da recepção da urgência e emergência ou pela entrada exclusiva de ambulâncias.
2. Paciente apresenta sinais ou sintomas de gravidade? Sim
3. Enfermagem direciona o acompanhante para recepção para abertura do atendimento.
4. Enfermeiro realiza a Classificação de Risco na Sala de Estabilização.
5. Classificado como VERMELHO
6. Emergência: Atendimento Médico Imediato.
7. Paciente apresenta sinais ou sintomas de gravidade? Não.
8. Enfermagem direciona o paciente e/ou acompanhante na cadeira de rodas ou maca para recepção para a sala de acolhimento com classificação de risco.
9. Técnico em Enfermagem realiza a coleta de sinais vitais.
10. Enfermeiro realiza a Classificação de Risco na Sala Acolhimento
11. LARANJA: Muito Urgente: Atendimento Médico Em até 10 minutos
12. AMARELO: Urgente: Atendimento Médico Em até 60 minutos
13. VERDE: Pouco Urgente: Atendimento Médico Em até 120 minutos
14. AZUL: Não Urgente: Atendimento Médico Em até 240 minutos
15. Alta Hospitalar.



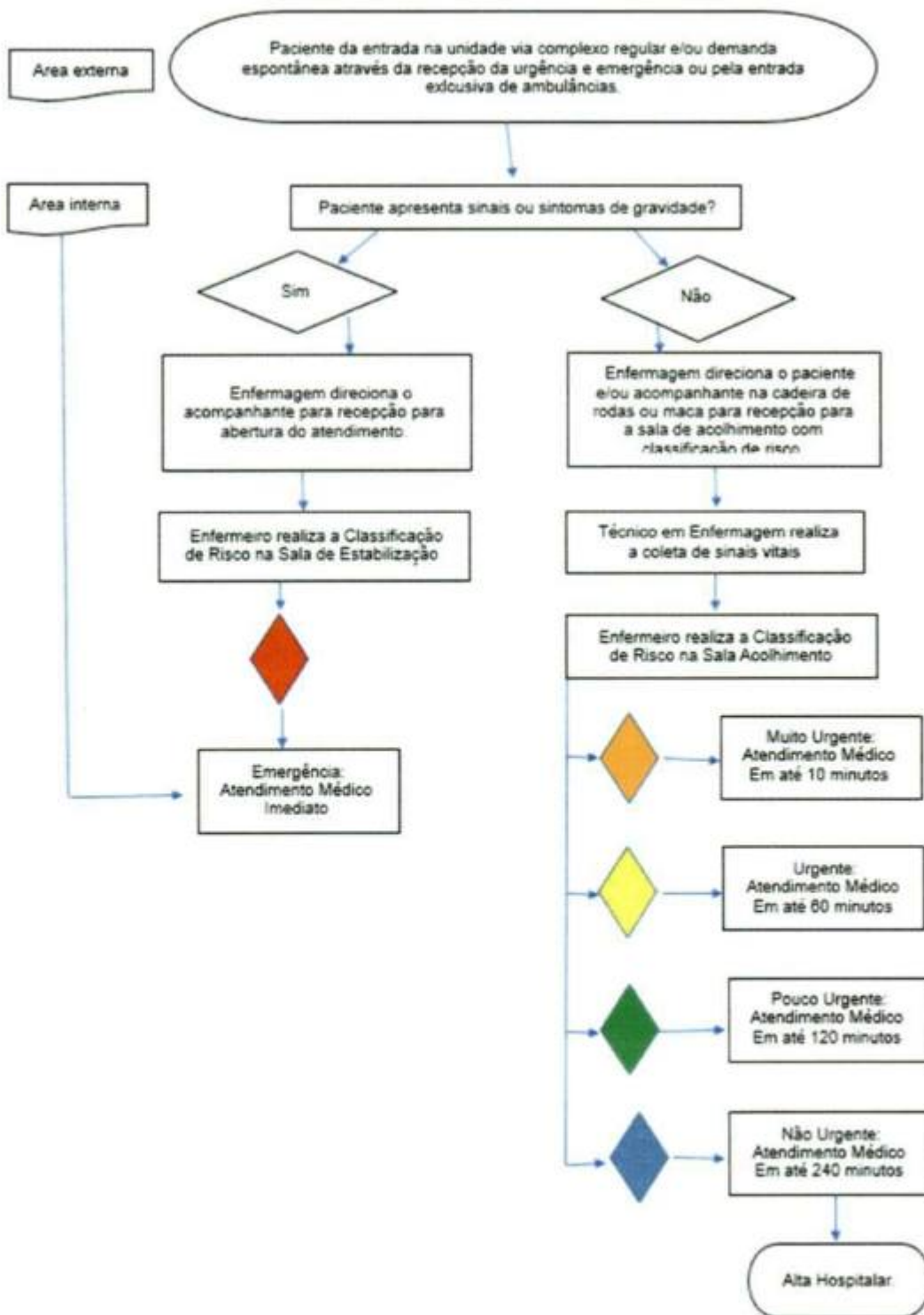


Figura 21 - Fluxograma de Classificação de Risco

SALA DE ESTABILIZAÇÃO/PRONTO SOCORRO DO HEJ

A Sala Amarela e Vermelha do HEJ será destinada aos pacientes graves que necessitam de atendimento imediato e cuidados intensivos de vigilância. Em geral, esta sala será direcionada àqueles pacientes que aguardam a estabilização do quadro clínico, a definição de um diagnóstico ou a transferência para outra unidade quando não se enquadrar no perfil de atendimento, diante da necessidade de uma vaga em Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou mesmo uma cirurgia de emergência.

FLUXO DE ACESSO DO PACIENTE A SALA DE ESTABILIZAÇÃO/PRONTO-SOCORRO

1. Paciente da entrada na Emergência por meios próprios através da Recepção, SAMU, Corpo de Bombeiros (livre demanda) ou Ambulância (Regulação) utilizando o acesso/porta lateral a direita ao lado da Recepção da Emergência;
2. Equipe de enfermagem recebe o paciente no corredor de acesso à sala de estabilização (porta de acesso das ambulâncias) quando o acesso é através de ambulâncias e o conduz até a sala vermelha ou amarela;
3. Acesso de meios próprios na emergência, a equipe de enfermagem recebe o paciente na entrada da recepção e o conduz até a sala de estabilização vermelha ou amarela;
4. **SE PERFIL DO PRONTO SOCORRO:**
5. Paciente permanece no setor e recebe atendimento médico.
6. Se solicitado exame de imagem, é acompanhado pela enfermagem e Maqueiro ao setor de imagens. Se solicitado laboratoriais, o laboratório recebe a solicitação através do painel eletrônico para realizar a coleta de acordo com classificação de risco.
7. Após reavaliação do paciente e avaliação dos resultados dos exames, o Médico define sua conduta:
8. Necessário avaliação do especialista?
9. SIM.
10. ESPECIALISTA define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (Enfermaria Clínica, Pediátrica, Saúde Mental ou Maternidade) ou Sala de Observação.
11. NÃO.
12. MÉDICO define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (Enfermaria Clínica, Pediátrica, Saúde mental ou Maternidade) ou Sala de Observação.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

13. Acesso de meios próprios na emergência, a equipe de enfermagem recebe o paciente na entrada da recepção e o conduz até a Sala de Estabilização Vermelha ou Amarela.
14. **SE PERFIL DA OBSERVAÇÃO;**
15. Paciente é encaminhado pela equipe de enfermagem para Observação em maca ou cadeira de rodas para atendimento Médico;
16. Se solicitado exame de imagem, é acompanhado pela enfermagem e maqueiro ao setor de imagens. Se solicitado laboratoriais, o laboratório recebe a solicitação através do painel eletrônico para realizar a coleta de acordo com classificação de risco;
17. Após reavaliação do paciente e avaliação dos resultados dos exames, o médico define sua conduta;
18. Necessário avaliação do especialista?
19. SIM.
20. ESPECIALISTA define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (Enfermaria Clínica, Pediátrica, Saúde Mental ou Maternidade) ou Sala de Observação.
21. NÃO.
22. MÉDICO define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (Enfermaria Clínica, Pediátrica, Saúde Mental ou Maternidade) ou Sala de Observação.



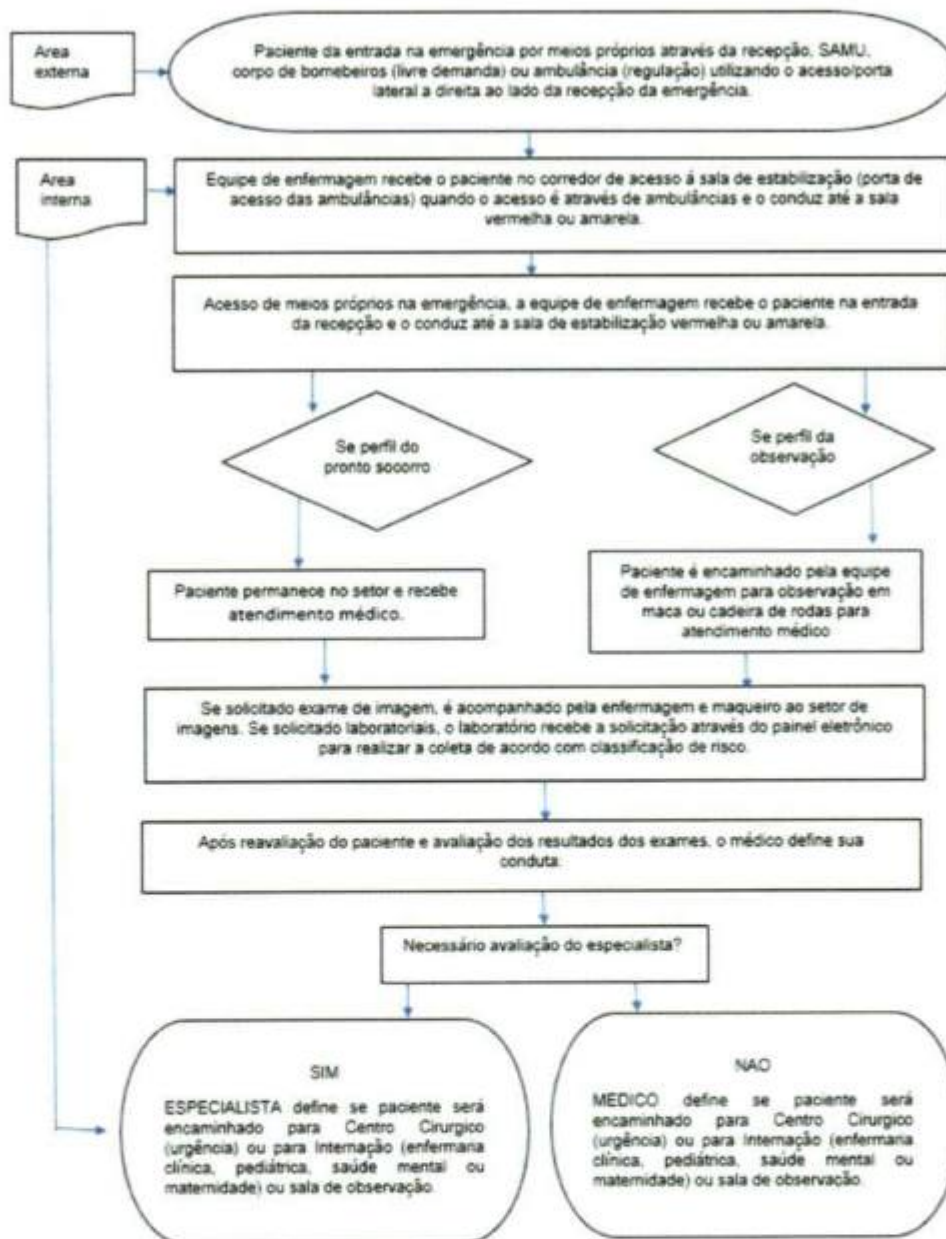


Figura 22 - Fluxograma - Admissão na Sala de Estabilização/Pronto Socorro do HEJ

FLUXO DE ACESSO DO PACIENTE DEAMBULANDO NO PRONTO SOCORRO

1. Pacientes que chegam deambulando na recepção de urgência e emergência são direcionados pelo segurança para receber o atendimento na recepção.
2. Recepção recebe o paciente e encaminha para sala de triagem, onde é realizado a

- classificação de risco pelo enfermeiro.
3. Paciente retorna para a recepção, retira senha de atendimento, ao ser chamado através do aviso sonoro do painel de senhas, se dirige para abertura de atendimento no balcão onde será solicitado documentos pessoais, comprovante endereço e cartão SUS.
 4. Paciente se acomoda na recepção, aguardando o atendimento médico.
 5. Após atendimento médico, paciente é encaminhado para a observação, acompanhado pela enfermagem. Se solicitado exame de imagem, é acompanhado pela enfermagem e maqueiro ao setor de imagens. Se solicitado exames laboratoriais, o laboratório recebe a solicitação através do painel eletrônico para ser realizado a coleta de acordo com classificação de risco.
 6. Após reavaliação do paciente e avaliação dos resultados dos exames, o médico define sua conduta:
 7. Necessário avaliação do especialista? Sim
 8. ESPECIALISTA define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (enfermaria clínica, pediátrica, saúde mental ou maternidade) ou sala de observação.
 9. Necessário avaliação do especialista? Não
 10. MÉDICO define se paciente será encaminhado para Centro Cirúrgico (urgência) ou para Internação (enfermaria clínica, pediátrica, saúde mental ou maternidade) ou sala de observação.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

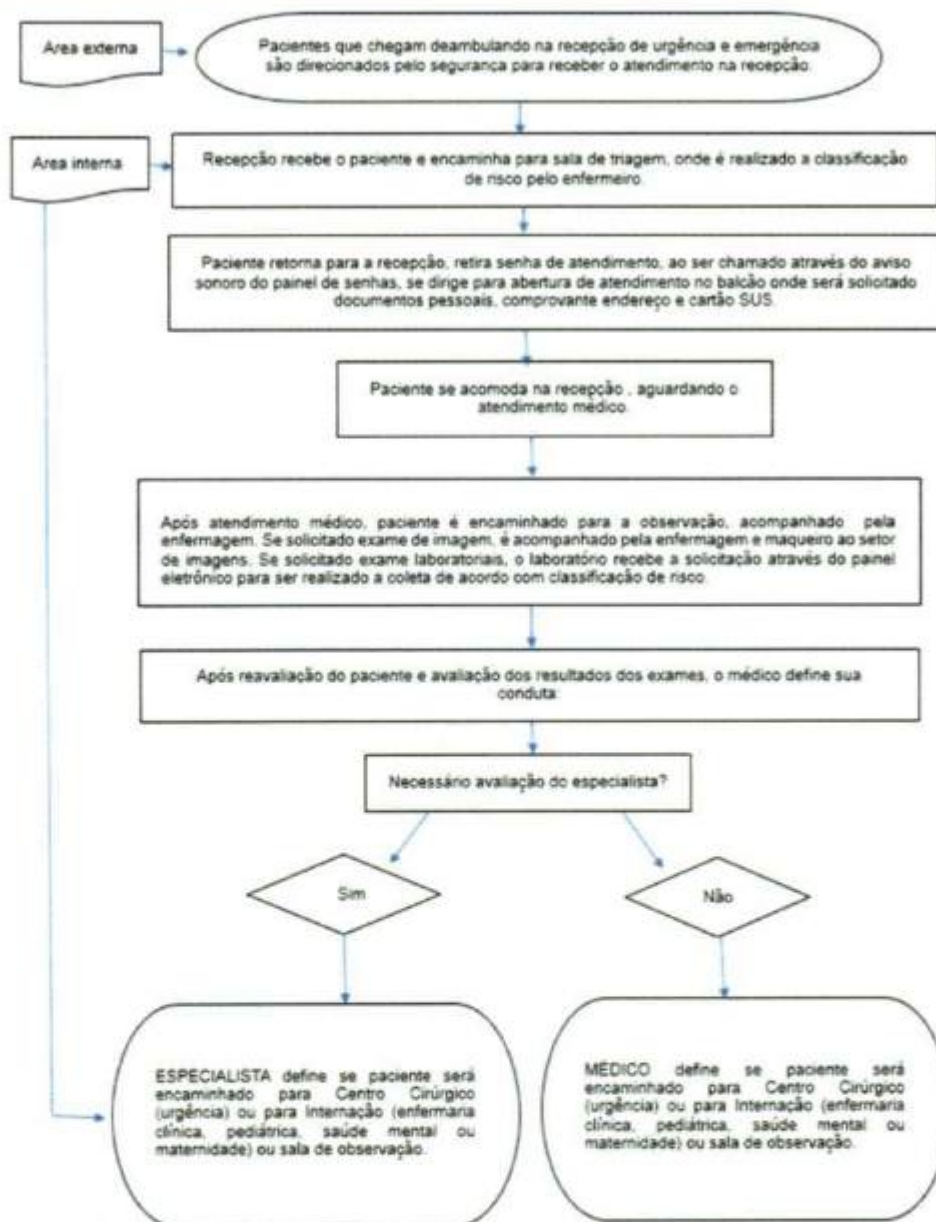


Figura 23 - Fluxograma de Acesso de Paciente Deambulando no Pronto Socorro do HEJ

SALA DE OBSERVAÇÃO

A observação é composta por leitos destinados a pacientes que não apresentam sinais de gravidade, estáveis e de baixa complexidade conforme as diretrizes do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, recebe pacientes transferidos de outros setores do



hospital, como a Sala de Emergência e Bloco Cirúrgico, ambulatório, para a Sala de Observação da Urgência e Emergência são os pacientes que permanecem no hospital sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Não é uma internação.

FLUXO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA SALA DE OBSERVAÇÃO

1. Paciente provenientes do primeiro atendimento realizado na sala de estabilização ou no ambulatório.
2. Após avaliação e conduta médica definida, paciente será estabelecido e encaminhado para sala de observação onde permanecerá sendo assistido.
3. Equipe de enfermagem do ambulatório ou da sala de estabilização entra em contato com a equipe de enfermagem da sala de observação e solicita leito.
4. Após leito disponível, paciente é encaminhado de maca ou cadeira de rodas acompanhado pelo maqueiro e equipe de enfermagem.
5. Equipe de enfermagem do ambulatório ou sala de estabilização realiza a transferência de cuidado do paciente para a equipe de enfermagem.
6. Paciente é acomodado no leito da observação.



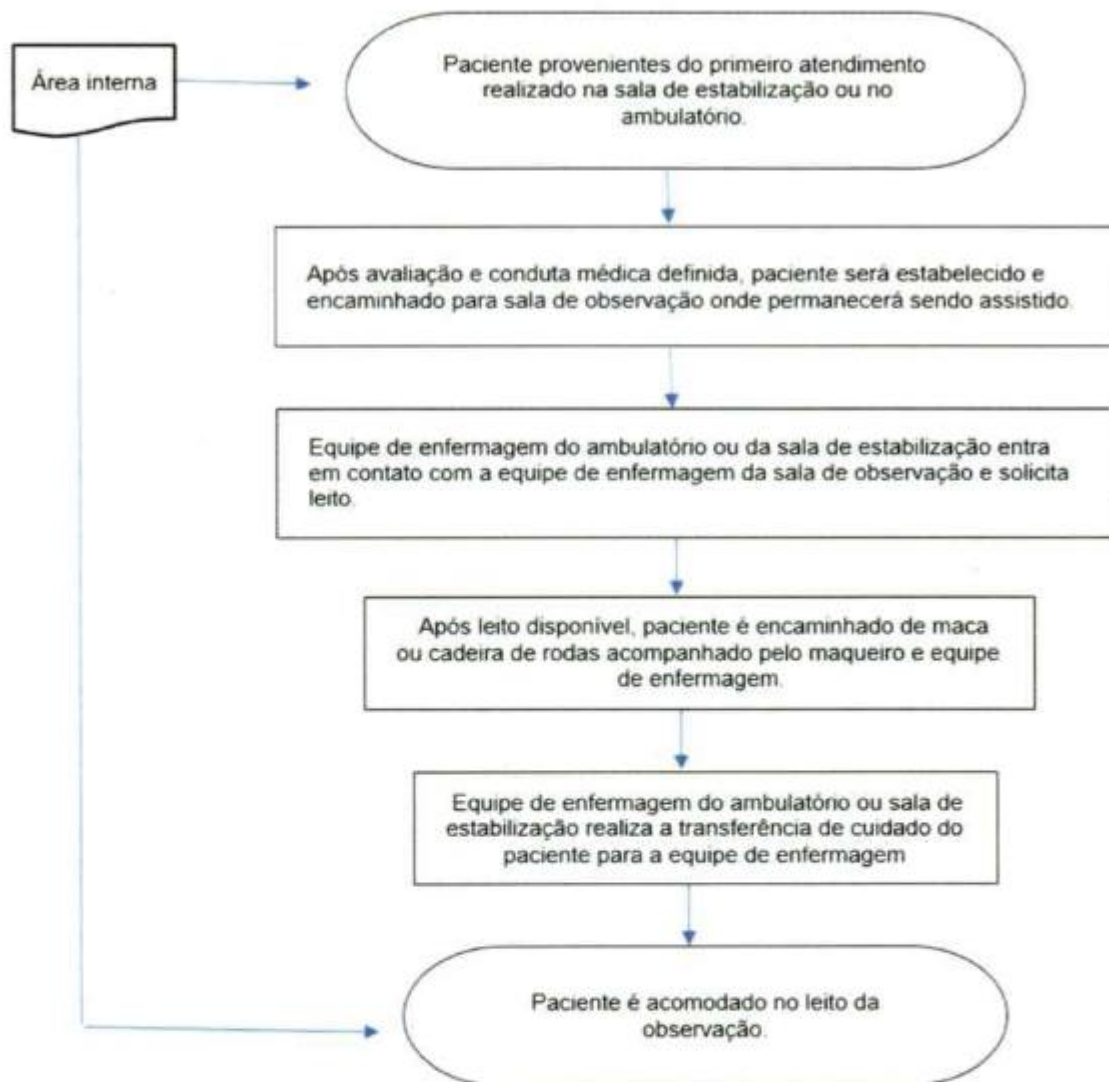


Figura 24 - Fluxograma de Assistência ao paciente na Sala de Observação

ÁREA DE AMBULATÓRIO DO HEJ

Destinado ao atendimento de pacientes previamente agendados através do complexo regulador estadual, para consultas diagnósticas e tratamento por meio da execução das ações de promoção, prevenção, recuperação, dirigidas ao indivíduo. No HEJ são ofertadas consultas ambulatoriais nas seguintes especialidades:

Especialidades Ambulatoriais:

Angiologia e Cirurgia vascular

Cardiologia

Cirurgia Geral

Cirurgião Pediátrico

Dermatologia

Ginecologia

Infectologia (VVS)

Obstetricia (egresso)

Oftalmologia

Ortopedia e Traumatologia

Otorrinolaringologia Adulto e Pediátrica

Pediatria (egresso)

Psiquiatria

Urologia

Tabela 15 – Especialidades Multiprofissionais Ambulatoriais HEJ

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO DO HEJ

1. Paciente da entrada na unidade via complexo.
2. Paciente da entrada na unidade através da recepção ambulatorial após se identificar no controle de acesso.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3. Paciente é encaminhado pela recepcionista para sala de triagem onde é realizado a classificação de risco pelo Enfermeiro.
4. Paciente retorna para recepção, retira senha de atendimento. Paciente é chamado no balcão de atendimento pelo aviso sonoro do painel de senhas onde é solicitado documentos pessoais, comprovante de endereço, cartão SUS para abertura de atendimento via sistema.
5. Paciente é acomodado na recepção e aguarda ser chamado pelo aviso sonoro do painel de atendimento ou ser chamado pelo nome completo por um técnico de enfermagem onde é acompanhado até o consultório médico.
6. Médico avalia paciente. Paciente tem exames prontos? Sim
7. Médico avalia resultados de exames, estando completos, médico emite AIH do procedimento a ser realizado ou prescreve tratamento conservador.
8. Se cirúrgico, após guia autorizada é agendada a cirurgia e comunicado ao paciente data e horário.
9. Médico avalia paciente. Paciente tem exames prontos? Não
10. Médico solicita exames para diagnóstico e paciente é encaminhado para setor de Exames. Exames de imagem são realizados no mesmo dia. Exames laboratoriais, paciente retorna à unidade com agendamento para coleta.
11. Médico avalia resultados de exames, estando completos, médico emite AIH do procedimento a ser realizado ou prescreve tratamento conservador.
12. Se cirúrgico, após guia autorizada é agendada a cirurgia e comunicado ao paciente data e horário.



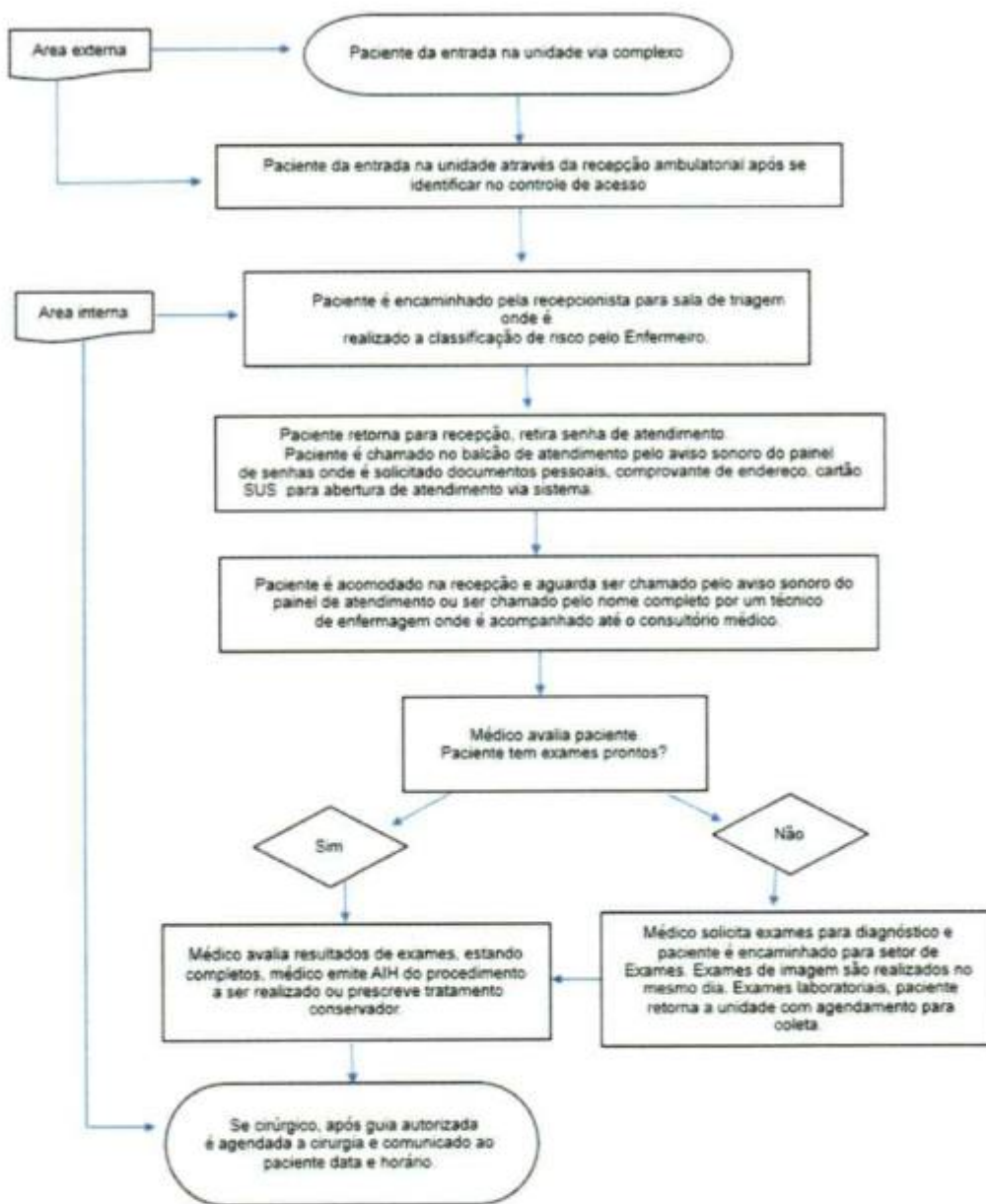


Figura 25 - Fluxograma do Paciente no Ambulatório do HEJ

FLUXO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO

1. Paciente da entrada na recepção ambulatorial e administrativa, regulado pela central de regulação para atendimento de egresso e/ou primeira consulta ambulatorial;

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

2. Na recepção é realizado o cadastro do atendimento no sistema com os documentos pessoais e o paciente aguarda para consulta com equipe multiprofissional;
3. Paciente é chamado via painel eletrônico para consulta multiprofissional;
4. Após o atendimento multiprofissional o paciente é encaminhado para o atendimento médico agendado previamente;
5. Paciente tem agendamento de retorno à unidade?
6. Se sim: Paciente realiza o agendamento de novo retorno na recepção;
7. Se não: Alta no atendimento.

A handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page, above the page number.

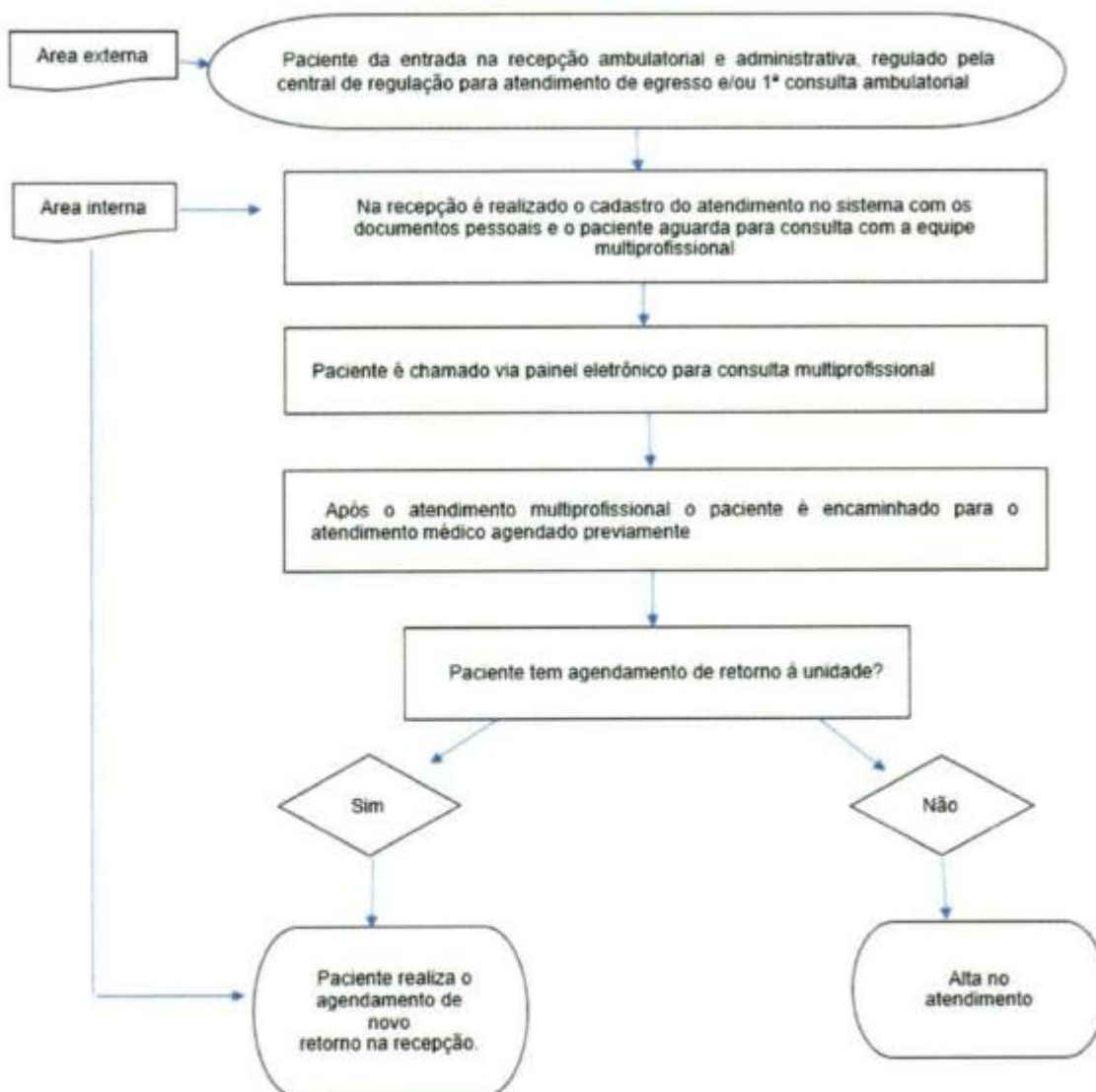


Figura 26 – Atendimento de Equipe Multiprofissional em Ambulatório do HEJ

FLUXO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA AMBULATORIAL DE ENFERMAGEM

1. Paciente aguarda na recepção para dar início ao atendimento de consulta ambulatorial de enfermagem;
2. Após ser chamado em painel de aviso sonoro, paciente é acompanhado pelo técnico de enfermagem até a sala da equipe multiprofissional para atendimento de enfermagem;
3. Enfermeiro inicia atendimento analisando os dados contidos no prontuário eletrônico, realizando a entrevista/anamnese e o exame físico, concluindo assim a coleta de dados ou

histórico de enfermagem;

4. A segunda etapa consiste no diagnóstico de enfermagem, sendo utilizado a classificação da taxonomia de NANDA;
5. A próxima etapa consiste no planejamento de enfermagem, no qual o enfermeiro identifica as intervenções necessárias;
6. A quarta etapa é a implementação da assistência de enfermagem, onde são prescritos os cuidados, realizado as devidas orientações e os planos de ação necessários na assistência ao paciente;
7. Todo o processo de atendimento de enfermagem é registrado via sistema de gestão de saúde;
8. Ao término da consulta ambulatorial de enfermagem, o paciente é direcionado a recepção para aguardar atendimento médico.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a final flourish.

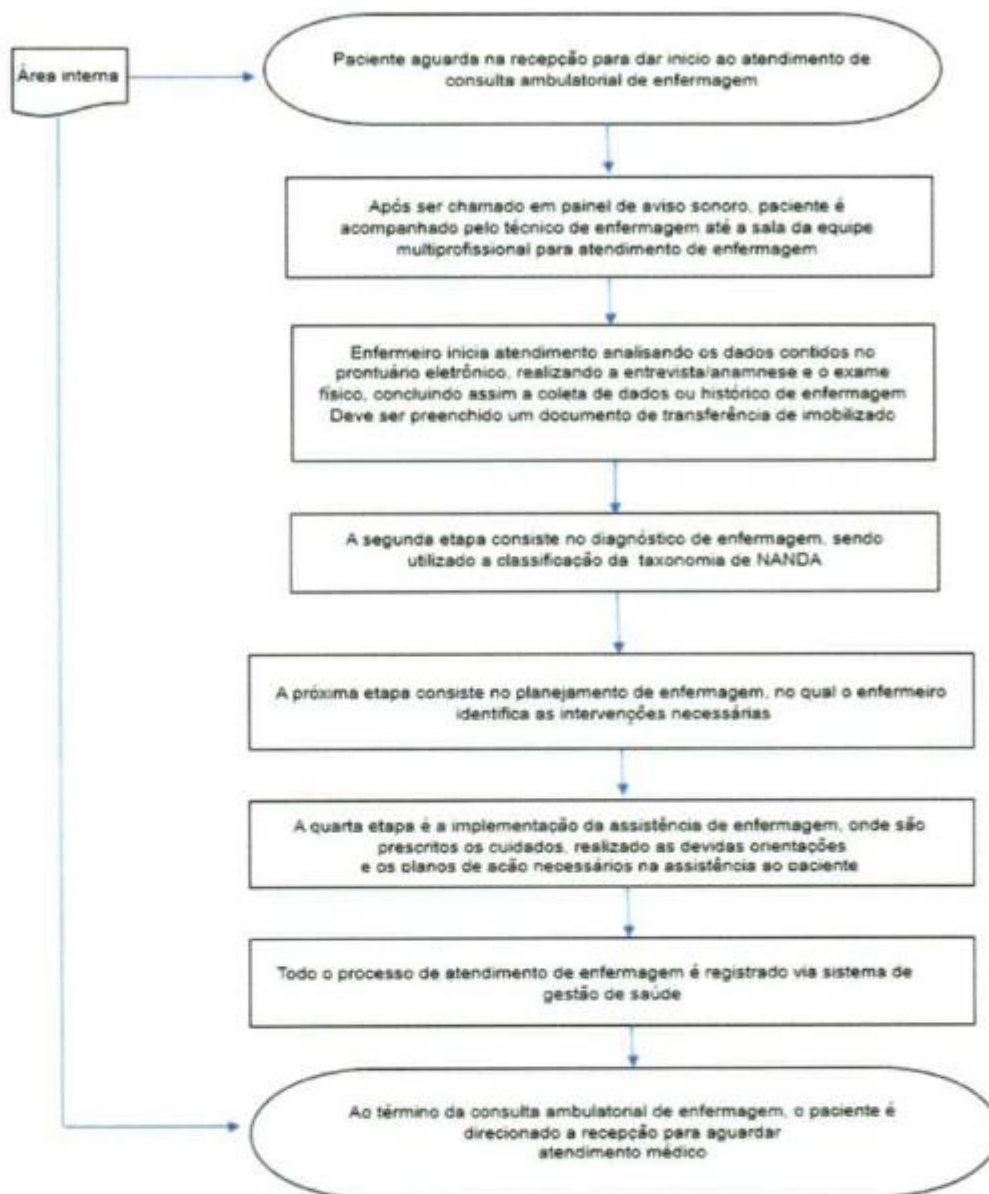


Figura 27 - Fluxograma de Consulta Ambulatorial de Enfermagem

SALA DE MEDICAÇÃO

A sala de medicação ou de aplicação de medicamentos é um ambiente para o qual os pacientes são encaminhados após receberem atendimento ambulatorial ou no pronto-socorro e no qual permanecem enquanto realizam algum tipo de tratamento, sendo comum a infusão de medicação intravenosa, intramuscular e oral.



FLUXO DE ATENDIMENTO NA SALA DE MEDICAÇÃO

1. Paciente atendido pelo médico após avaliação e conduta, com prescrição de medicação para ser realizada;
2. Paciente é encaminhado para a sala de medicação deambulando e/ou de cadeira de rodas;
3. Pois é acompanhado pela equipe de enfermagem e/ou maqueiro;
4. Equipe de enfermagem realiza o preparo e administração de medicamentos no paciente;
5. Após administração de medicamentos, paciente é acomodado nas poltronas da sala de medicação.

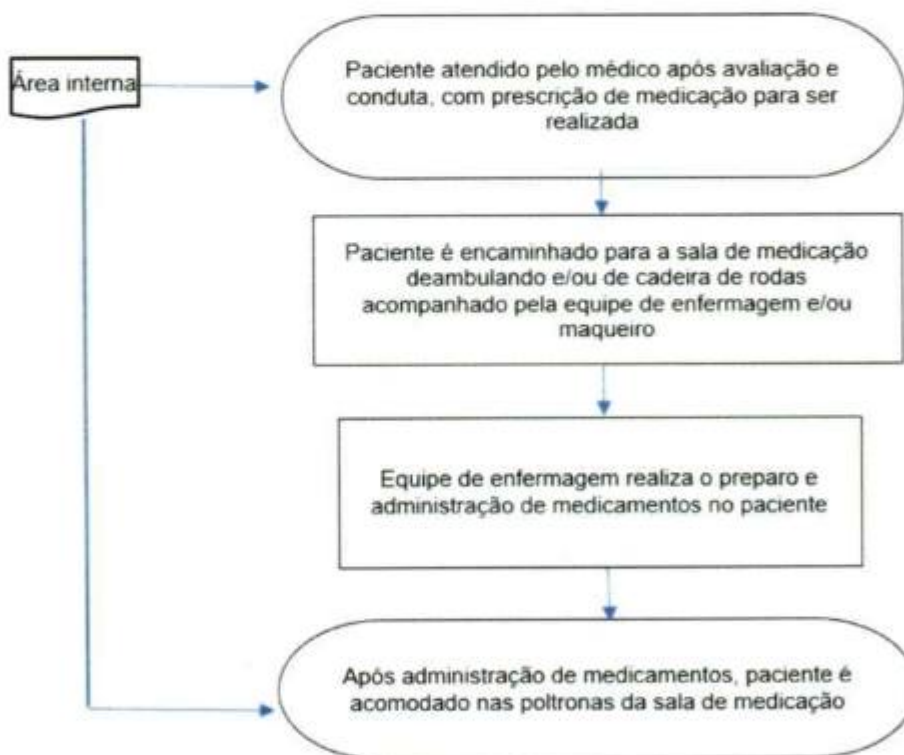


Figura 28 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Medicação



SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS E SUTURA

Sala destinada para realizar procedimentos de menor complexidade quando envolver apenas áreas superficiais ou em procedimentos cirúrgicos mais simples. Sutura são um conjunto de manobras realizadas para unir tecidos com a finalidade de restituir a anatomia funcional, realizado apenas sob anestesia local e sem a necessidade de internação. As pequenas cirurgias, ou cirurgias ambulatoriais, são procedimentos de menor complexidade. Por isso não precisam de uma estrutura completa como uma sala cirúrgica. Sendo assim, podem ser realizadas apenas sob anestesia local e sem a necessidade de internação.

FLUXO DE SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS E SUTURA

1. Paciente da entrada na unidade de livre demanda em busca do primeiro atendimento;
2. Enfermeiro recepciona paciente e realiza a Classificação de Risco;
3. Equipe de Enfermagem direciona o paciente ou o acompanhante para recepção para a abertura do atendimento;
4. Paciente aguarda atendimento médico;
5. Médico avalia paciente e solicita pequena cirurgia ou realização de sutura;
6. Paciente é acomodado na recepção e aguarda ser chamado pelo nome completo por um técnico de enfermagem;
7. Paciente é direcionado em cadeira de rodas à sala de pequenas cirurgias e sutura por um técnico de enfermagem;
8. Médico realiza o procedimento necessário de pequena cirurgia ou sutura;
9. Equipe de enfermagem realiza orientações e curativo conforme solicitação médica;
10. Médico realiza prescrição de cuidados domiciliares e alta hospitalar ao paciente.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

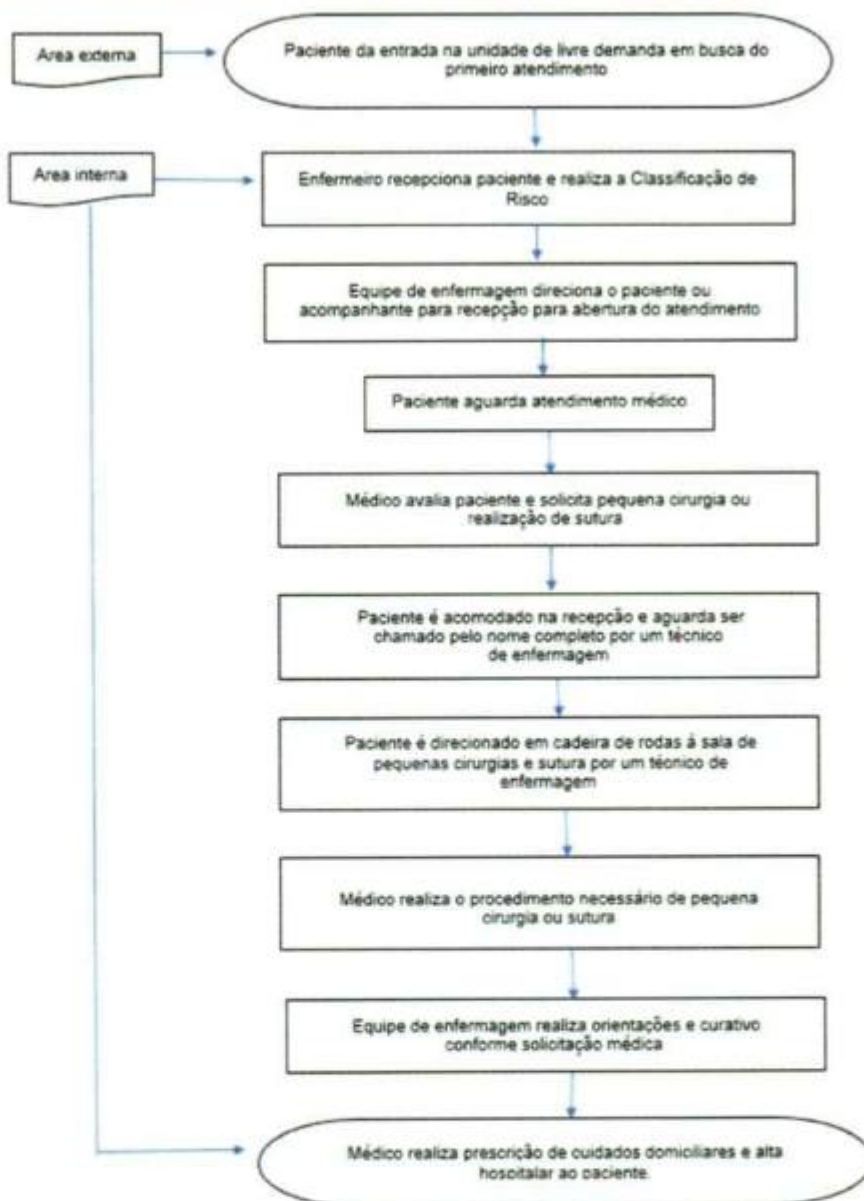


Figura 29 - Fluxograma de Atendimento na Sala de Pequenas Cirurgias e sutura

SALA DE CURATIVO

Ambiente destinado para atender clientes com feridas agudas, simples, complexas e crônicas (colonizadas e infectadas), onde o enfermeiro avalia a lesão e realiza a prescrição, o procedimento pode ser realizado pelo enfermeiro ou pelo técnico em enfermagem seguindo a



prescrição do enfermeiro e sob sua supervisão. É realizado a remoção do curativo anterior, limpeza da ferida; tratamento da lesão, proteção da ferida.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NA SALA DE CURATIVO

1. Paciente da entrada na unidade para retorno/egresso ou na emergência
2. Recepção encaminha o paciente para sala de classificação de risco aos cuidados da enfermagem
3. Após a coleta dos dados vitais pelo enfermeiro, paciente é encaminhado para recepção para realizar o cadastro do atendimento no sistema e aguarda o atendimento médico
4. Após atendimento médico, se solicitado realização de curativo, é direcionado e acompanhado pela enfermagem à sala de curativo de maca e/ou cadeira de rodas
5. Equipe de enfermagem realiza o curativo do paciente.
6. Paciente tem retorno de agendamento à unidade? Sim
7. Paciente realiza o agendamento de novo retorno na recepção.
8. Paciente tem retorno de agendamento à unidade? Não
9. Alta Hospitalar.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

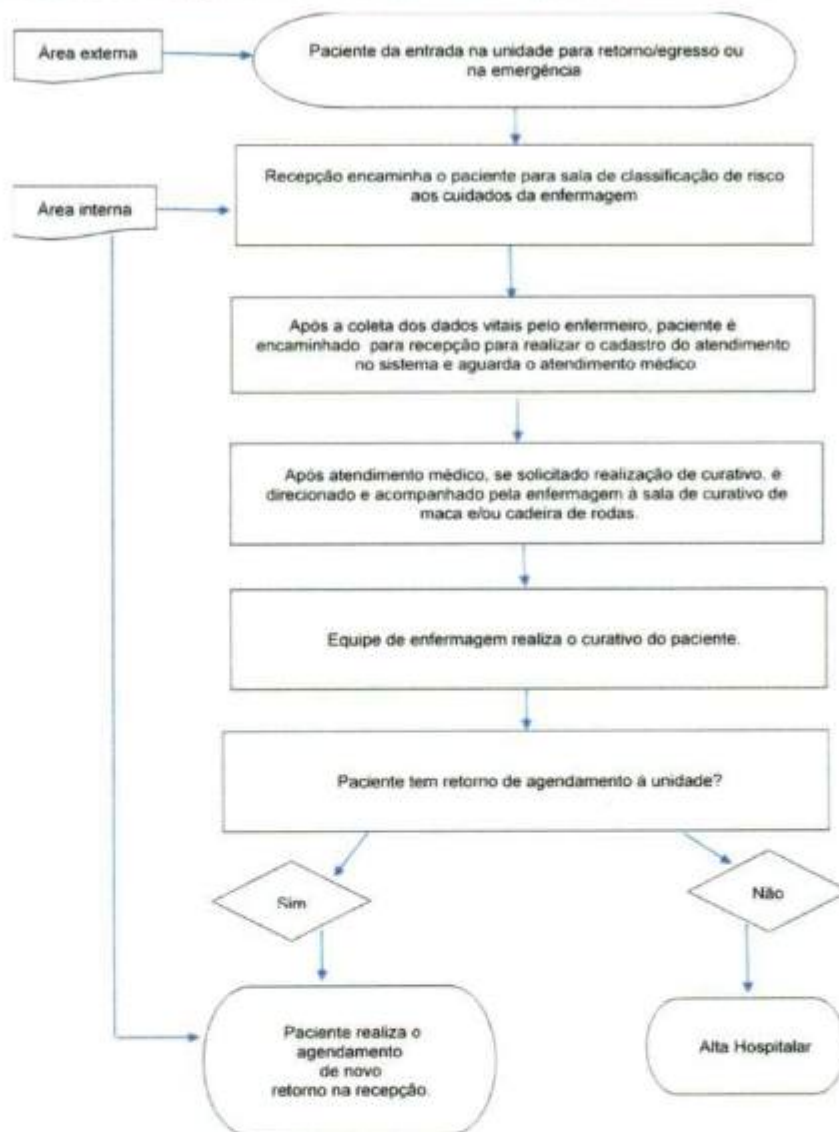


Figura 30 - Fluxograma de Atendimento do Paciente para realização de Curativo

SALA DE GESSO

Sala destina para realização de imobilização de uma lesão ortopédica é um procedimento comum no pronto atendimento e tem como objetivos: aliviar a dor, evitar que os tecidos sejam ainda mais comprometidos e, quando presente, tratar uma fratura. Várias formas de imobilização são utilizadas, como as órteses (*robofoot*, imobilizadores de lona etc.), as talas gessadas, onde apenas uma parte da imobilização tem gesso e o restante é circulado com faixa elástica e o gesso propriamente dito que circula todo o membro.



FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NA SALA DE GESSO

1. Paciente da entrada pela recepção de urgência e emergência via CRE ou livre demanda;
2. Enfermeiro acolhe paciente realiza a classificação de risco;
3. Enfermagem direciona o paciente e/ou acompanhante para recepção para abertura do atendimento via sistema;
4. Paciente apresenta sinais ou sintomas de gravidade? Sim.
5. Médico clínico avalia paciente, aciona o ortopedista que reavalia paciente e solicita exames imagem conforme necessidade.
6. Equipe de enfermagem e maqueiro encaminha o paciente para salas de imagem radiologia de maca ou de cadeira de rodas;
7. Ortopedista avalia os exames de imagem e prescreve a realização de tala gessada ou gesso;
8. Técnico em imobilização realiza o gesso no leito do paciente, conforme prescrição médica e paciente segue em cuidados intensivos;
9. Ortopedista prescreve cuidados domiciliares e realiza a alta hospitalar do paciente;
10. Paciente apresenta sinais ou sintomas de gravidade? Não.
11. Após abertura de atendimento via sistema paciente é acomodado na recepção e aguarda ser chamado pelo painel eletrônico para consulta médica;
12. Ortopedista avalia paciente e solicita exames de imagem para diagnóstico;
13. Equipe de enfermagem e maqueiro encaminha e acompanha o paciente para salas de radiologia em maca ou cadeira de rodas onde realizará o exame;
14. Ortopedista avalia os exames de imagem e prescreve a realização de tala gessada ou gesso
15. Equipe de enfermagem e maqueiro encaminha o paciente para sala de gesso em maca ou cadeira de rodas;



16. Técnico em imobilização realiza o gesso, conforme a prescrição médica e da as devidas orientações.

17. Ortopedista prescreve cuidados domiciliares e realiza a alta hospitalar do paciente.

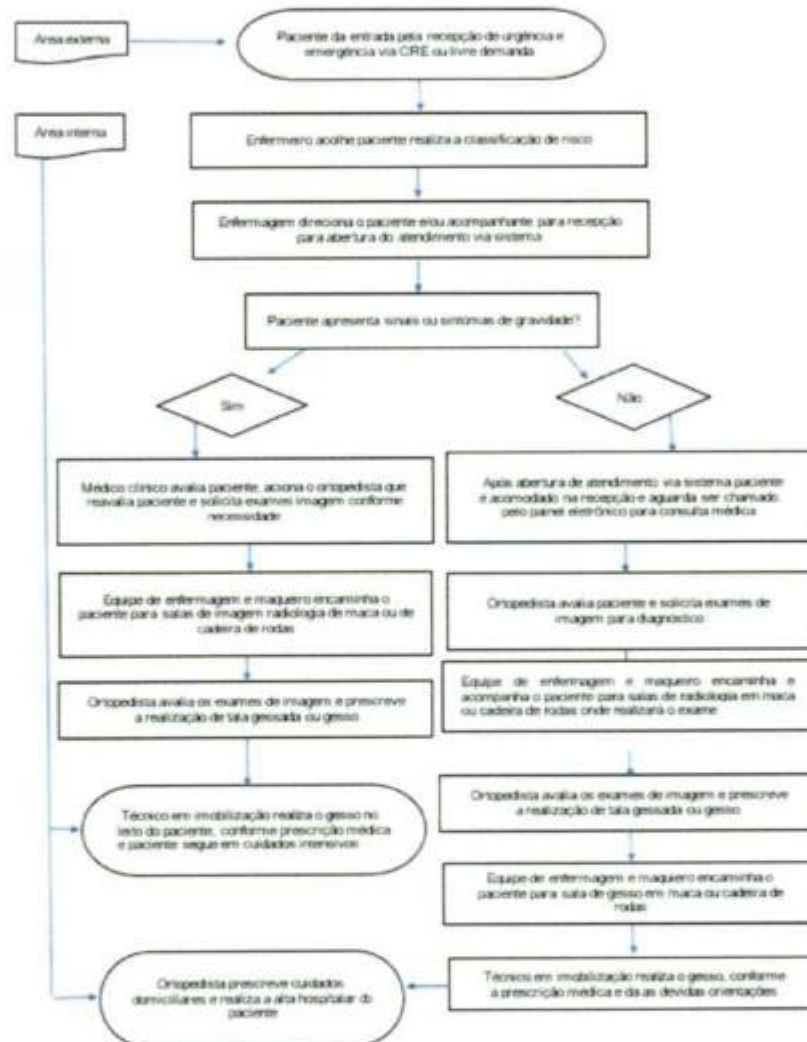


Figura 31 - Fluxograma de atendimento do paciente para realização de tala gessada

ENFERMARIA

A enfermaria é um quarto coletivo com banheiro, geralmente compartilhado por mais de um paciente, exceto quando se trata de leito de isolamento. Local destinado a pacientes que necessitam de internação, mas não necessariamente de cuidados médicos constantes. Desta



forma, os pacientes ficam durante a maior parte do tempo assistidos pela equipe de enfermagem, o médico passa visitas diariamente realiza prescrições e toma conduta de acordo com a evolução do paciente.

FLUXO DE ADMISSÃO NA ENFERMARIA

1. Paciente apresenta quadro clínico e/ou perfil para admissão na unidade de internação de enfermaria
2. Após paciente recebe alta da UTI, PS e/ou Centro Cirúrgica equipe de enfermagem entra em contato com o NIR e verifica a disponibilidade de vaga
3. Equipe de enfermagem solicitante realiza a inclusão de solicitação de transferência no sistema
4. NIR verifica a disponibilidade de vagas em sistema, reserva o leito e informa ao setor solicitante
5. Equipe de enfermagem da origem entra em contato com setor de destino para repassar informação do quadro clínico do paciente e transferência do mesmo
6. Equipe de enfermaria realiza o aceite da reserva via sistema
7. Paciente é encaminhado de maca acompanhado pelo maqueiro e equipe de enfermagem do setor de origem até o setor de destino
8. Equipe de enfermagem da origem e a equipe da enfermaria realizam a transição dos cuidados do paciente
9. Paciente é acomodado no leito e recebe os cuidados necessários.





Figura 32 - Fluxograma de Admissão na Unidade de internação/Enfermaria

FLUXO DE ALTA DA ENFERMARIA

1. Paciente apresenta melhora do quadro clínico, médico avalia os critérios de alta, após definição do plano terapêutico discutido em visita multidisciplinar.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

2. Médico assistente realiza aviso de alta hospitalar, atestado médico, receituário médico simples ou controlado, orientação sobre retorno e relatório médico se necessário
3. Equipe de enfermagem realiza orientações e comunica o serviço social, farmácia e ouvidoria para realizar as orientações de alta
4. Serviço social verifica com o paciente/acompanhante se necessitará de remoção para município de origem e apoio do mesmo no tratamento domiciliar, se necessário aciona o município e solicita apoio
5. Farmácia irá realizar as orientações referente à prescrição médica/receita simples ou controlada
6. Ouvidora acolhe paciente/acompanhante para realizar a pesquisa de satisfação
7. Quando chega o transporte do paciente de alta, o mesmo acessa à guarita/portaria pelo portão à direita, após a verificação dos dados do paciente de alta, guarita orienta ao motorista para acessar à rampa lateral de acesso do pronto socorro
8. Portaria/guarita entra em contato com a recepção para informar que o transporte do paciente de alta hospitalar chegou
9. Recepção entra em contato com a unidade de internação onde o paciente está internado e comunica sobre a chegada do transporte
10. Equipe de enfermagem retira os dispositivos invasivos do paciente, preenche o formulário de aviso de alta hospitalar em 2 vias (1 via para recepção e outra via para o transporte), encaminha acompanhante ou paciente de maca ou cadeira de rodas para recepção para agendamento de retorno
11. Após agendamento do retorno paciente é liberado.



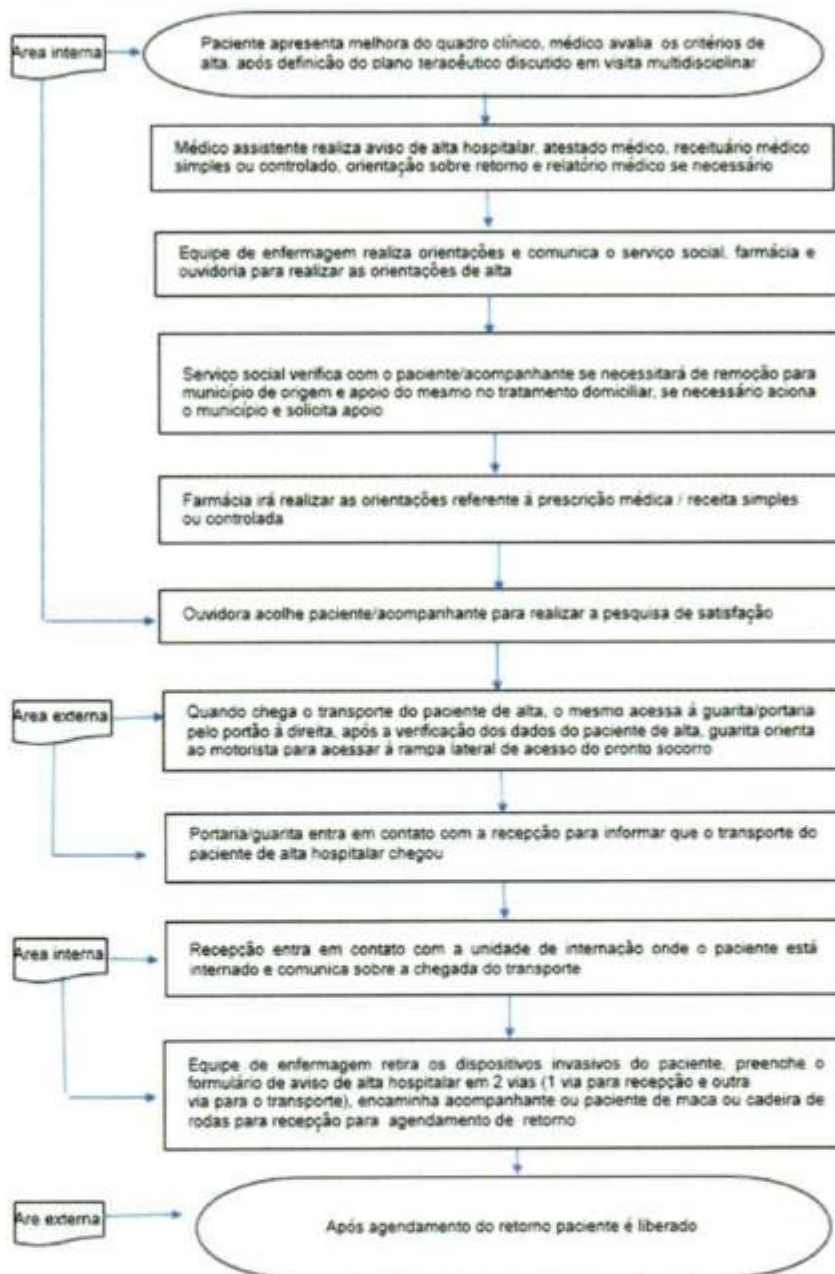


Figura 33 - Fluxograma de Alta da Unidade de Atendimento/Enfermaria

CENTRO CIRÚRGICO

É uma unidade dentro do hospital composta por várias áreas interligadas entre si, a fim de proporcionar ótimas condições para a realização do ato cirúrgico com o objetivo de



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

proporcionar cuidados envolvendo a segurança do paciente, buscar a recuperação ou melhora do paciente por meio de intervenção cirúrgica.

Onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Esse ambiente, marcadamente de intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão e eficácia, requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades do usuário diante da elevada densidade tecnológica e à variedade de situações que lhe conferem uma dinâmica peculiar de assistência em saúde.

FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO PARA O CENTRO CIRÚRGICO (CC)

1. Médico cirurgião evidencia necessidade de procedimento
2. Médico solicita exames laboratoriais, exames de imagem, solicita AIH, realiza o agendamento no CC e comunica a equipe de enfermagem Enfermeiro da origem confirma o encaminhamento do paciente com o enfermeiro do CC.
3. Paciente Estável? Sim
4. Equipe da unidade de internação: Enfermeiro, técnico em enfermagem. Maqueiro se direcionam para o CC.
5. Na porta do CC é realizada a transição de cuidados, entrega de prontuário e conferência do checklist de cirurgia segura com o paciente.
6. Paciente Instável? Sim
7. Equipe da unidade de internação: Enfermeiro, técnico em enfermagem Maqueiro, médico e fisioterapeuta se direcionam para o CC.
8. Na porta do CC é realizada a transição de cuidados, entrega de prontuário e conferência do checklist de cirurgia segura com o paciente.



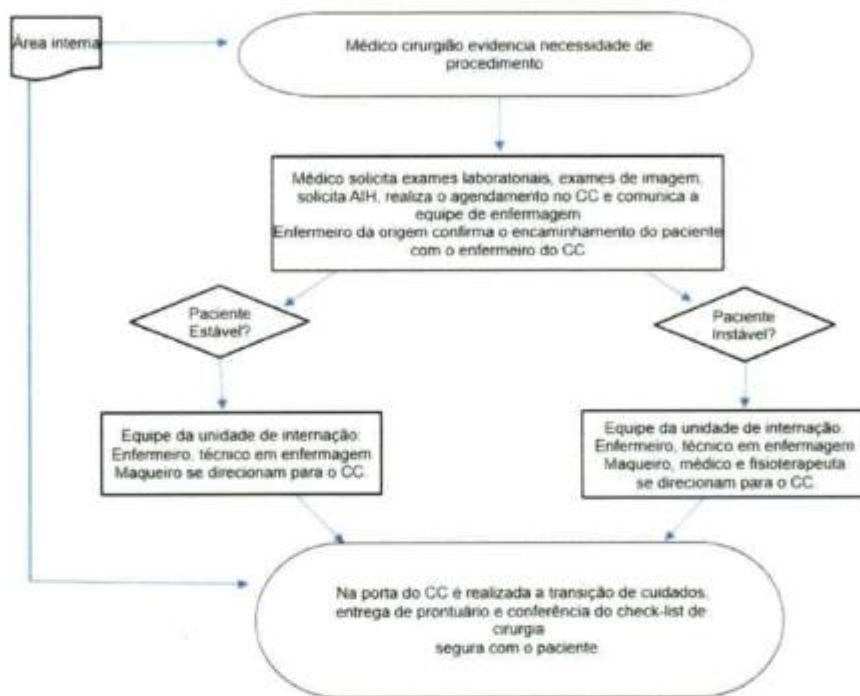


Figura 34 - Fluxograma de Transferência dos pacientes das Unidades de Internação para o Centro Cirúrgico (CC)

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NO INTRAOPERATÓRIO

1. Após a realização da admissão no Centro Cirúrgico pelo técnico em enfermagem e enfermeiro na entrada do CC, é encaminhado na maca de transferência para a sala cirúrgica.
2. Paciente é encaminhado para a sala cirúrgica e posicionado na mesa cirúrgica, é realizado o preenchimento do quadro timeout.
3. Técnico em enfermagem realiza a coleta de sinais vitais, preenche os checklist via sistema: checklist de preparo do paciente, checklist de indução anestésica, checklist procedimento cirúrgico, checklist finalização cirúrgica.
4. Após a finalização do procedimento cirúrgico, paciente é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica na maca de transferência acompanhado pelo técnico em enfermagem e enfermeiro e transferido para o leito e monitorizado
5. Paciente na RPA é avaliado pelo anestesiológico que realiza a escala de Aldrete e conforme score realiza a alta da RPA
6. Paciente estável sem sinais de gravidade? Sim



7. Solicita à unidade de internação para buscar o paciente junto com o maqueiro
8. Anestesiologista orienta a liberação de dieta do paciente.
9. Equipe de enfermagem transfere o paciente do leito da RPA para a maca de transferência
10. Paciente estável sem sinais de gravidade? Não
11. Solicita à unidade de internação para buscar o paciente junto com o maqueiro
12. Equipe de enfermagem, maqueiro, médico, fisioterapeuta recebem o paciente na porta do CC onde ocorre a transição do cuidado junto ao anestesiologista.

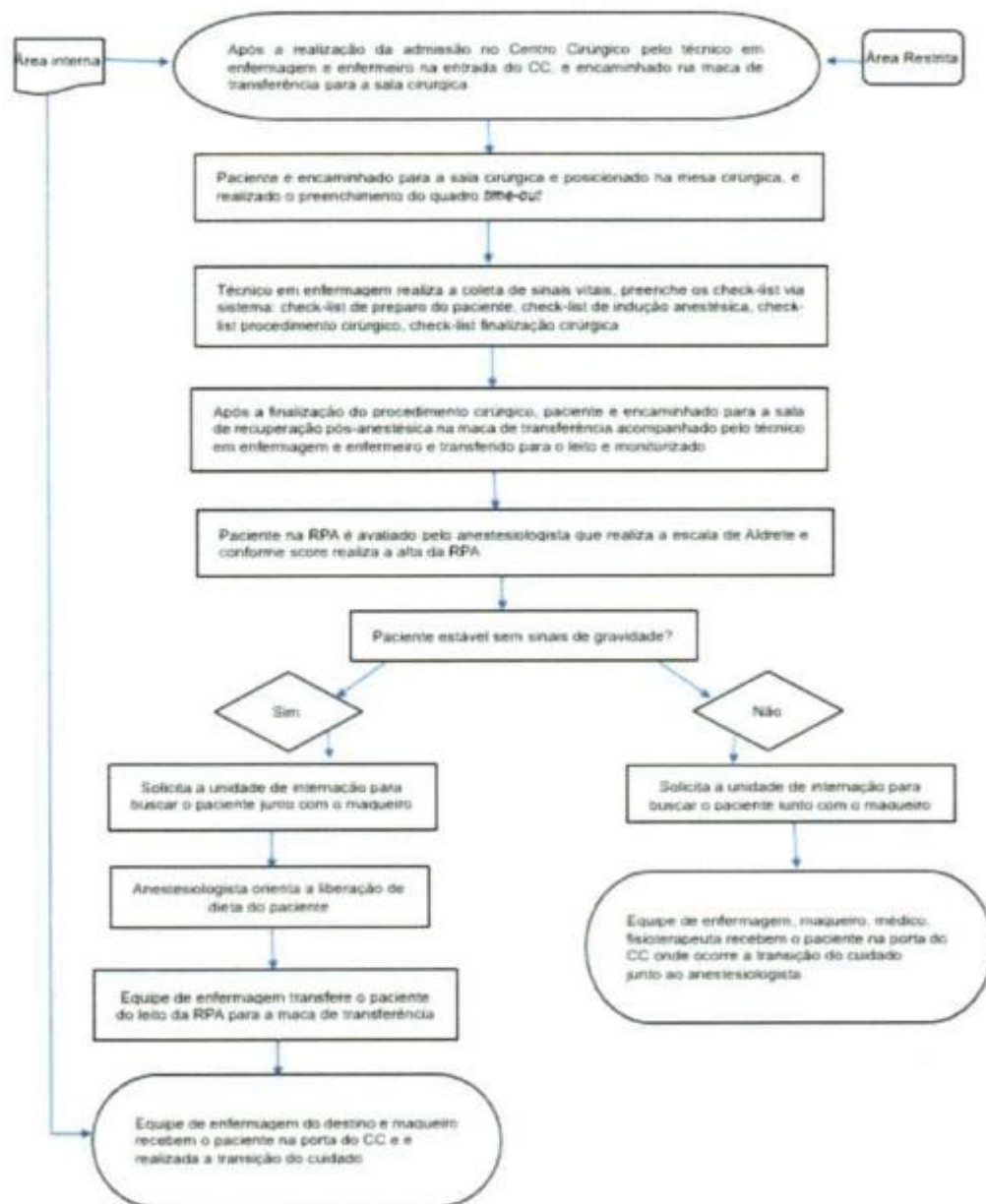


Figura 35 - Fluxograma de atendimento do paciente no Intraoperatório

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (RPA)

1. Equipe de enfermagem recebe paciente pós-operatório na sala de RPA
2. Paciente na RPA é avaliado pelo anestesiológico que realiza a escala de Aldrete e conforme score realiza a alta da RPA
3. Paciente estável sem sinais de gravidade? Sim
4. Solicita à unidade de internação para buscar o paciente junto com o maqueiro
5. Anestesiológico orienta a liberação de dieta do paciente
6. Equipe de enfermagem transfere o paciente do leito da RPA para a maca de transferência.
7. Equipe de enfermagem do destino e maqueiro recebem o paciente na porta do CC e é realizada a transição do cuidado
8. Paciente estável sem sinais de gravidade? Não
9. Solicita à unidade de internação para buscar o paciente junto com o maqueiro
10. Equipe de enfermagem, maqueiro, médico, fisioterapeuta recebem o paciente na porta do CC onde ocorre a transição do cuidado junto ao anestesiológico.

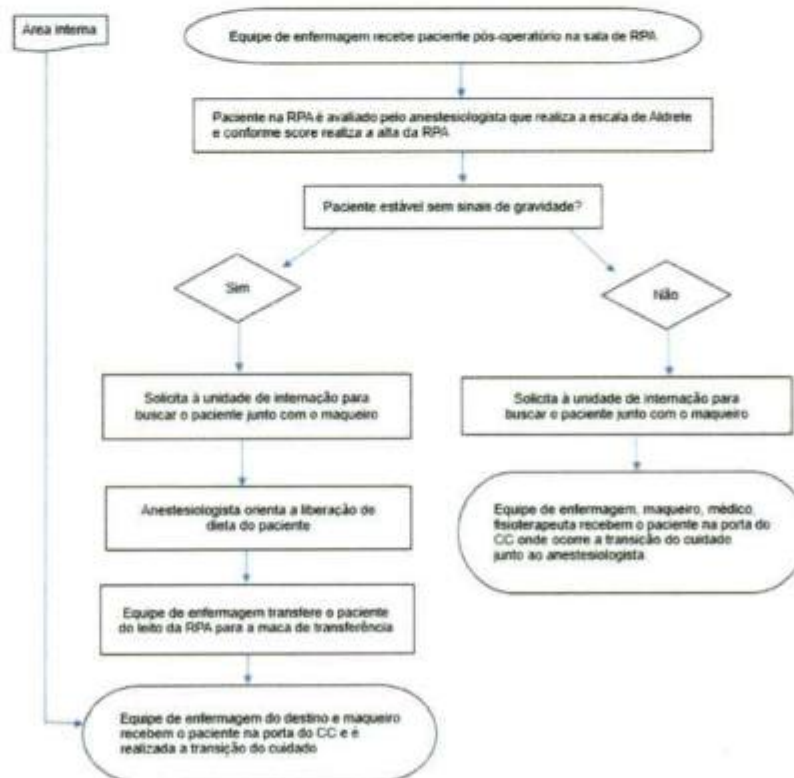


Figura 36 - Fluxograma de atendimento do paciente na sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA)



TRANSFERÊNCIAS INTERNAS OU EXTERNAS DE PACIENTES

Ocorre quando há necessidade de transferir o paciente de um setor para outro, nas seguintes situações: melhora ou deterioração no quadro clínico do paciente ou quando o paciente necessita de atendimento que não seja perfil da unidade, sendo necessário regulação para outra unidade.

FLUXO DE TRANSFERÊNCIAS INTERNAS OU EXTERNAS DE PACIENTES

1. Pacientes com necessidade de transferência?
2. Transferência interna?
3. O setor de internação do paciente comunica o núcleo interno de regulação (NIR) sobre a necessidade de movimentação de leitos;
4. NIR verifica a disponibilidade e valida a movimentação;
5. O setor solicitante realiza a movimentação, solicita a transferência no sistema e atualiza quadro setorial;
6. Equipe de enfermagem realiza a transferência do paciente do setor solicitante da transferência em maca ou cadeira de rodas acompanhado pelo maqueiro até o setor de destino;
7. NIR finaliza a movimentação com a aprovação em sistema;
8. Transferência externa?
9. Médico evidencia necessidade de transferência externa do paciente de acordo com quadro clínico, ou incompatibilidade de perfil;
10. É realizado pelo médico o preenchimento da documentação de referência e contra referências, e nova autorização de internação Hospitalar (AIH) no sistema;
11. Médico entrega as documentações preenchidas no NIR;
12. NIR insere os dados da solicitação no Complexo Regulador Estadual;
13. NIR deverá estar atento as Informações e atualizações enviadas pela mesa reguladora



via sistema de regulação.

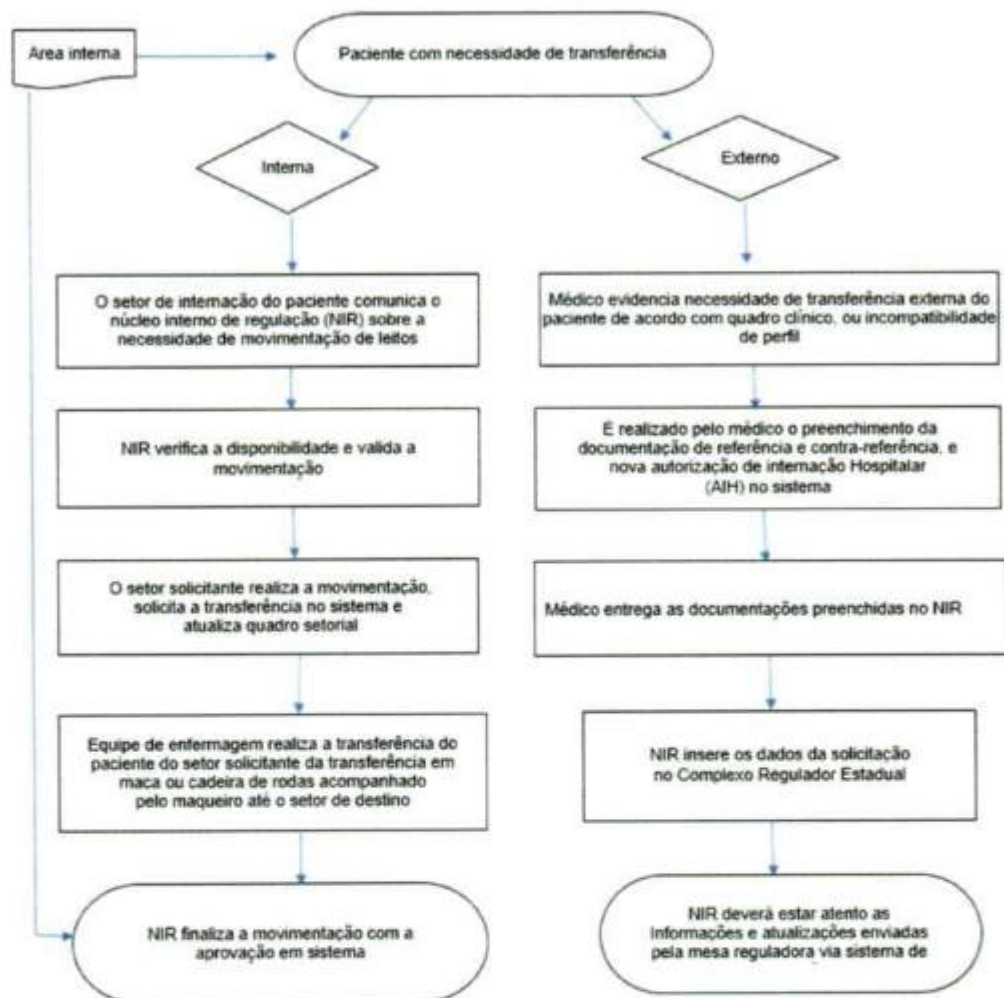


Figura 37 - Fluxograma de transferências internas ou externas de pacientes

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

É uma unidade hospitalar de pacientes em estado grave, que necessitam de cuidados intensivos por uma equipe especializada, com suporte vital de alta complexidade, com diversas modalidades de monitorização das funções corporais essenciais para a vida, suporte orgânico avançado a fim de manter a vida do paciente em condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. O processo de admissão na UTI, contempla os seguintes cuidados, a fim de mapear a necessidades clínicas individualizadas para o planejamento do cuidado:



SAE: A sistematização da assistência de enfermagem é um instrumento que faz com que o enfermeiro consiga avaliar os pacientes individualmente e entenda quais tipos de cuidados ele precisa.

ESCALA DE BRADEN: A escala de Braden fornece seis parâmetros para avaliação, pelas suas subescalas: 1- percepção sensorial; 2- umidade; 3- atividade; 4- mobilidade; 5- nutrição; 6- fricção e cisalhamento.

ESCALA DE MORSE: objetivo de avaliar o risco de quedas fisiológicas em pacientes internados.

ESCALA DE RAMSAY OU GLASGOW: É através dessa escala que é possível mensurar o nível de consciência dos pacientes. É a partir desses dados podemos encaminhar o paciente de maneira mais segura.

ESCALA MADDOX: A escala de Maddox é um exemplo de parâmetro norteador para identificação de flebite, pois gradua a severidade de flebite de acordo com o número de sinais presentes e a sua intensidade e extensão.

ESCALA DE NEWS: O MEWS é uma ferramenta de estratificação a partir da pontuação de dados vitais do paciente (Aferição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência).

ESCALA DE FUGOLIN: escala de Fugulin foi utilizada como sistema de classificação de pacientes em unidades de internação hospitalar e pronto socorro e está relacionada com a realização do dimensionamento de profissionais de enfermagem a partir do grau de dependência dos pacientes.

ESCALA DE TISS: é um instrumento que permite dimensionar carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e estimar gravidade da doença.

FLUXO DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

1. Paciente apresenta sinais e sintomas de gravidade e perfil de internação na unidade de terapia intensiva (UTI), internado no PS ou pós-operatório no CC;
2. Equipe de enfermagem do setor de origem entra em contato com o núcleo Interno de regulação (NIR) e verifica a disponibilidade de vaga;
3. Equipe de enfermagem da UTI realiza a inclusão de solicitação de transferência no sistema;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

4. NIR verifica a disponibilidade de vagas, reserva o leito e informa ao setor de origem;
5. Médico do setor de origem realiza a transição do cuidado do paciente para o Médico da UTI;
6. Equipe de enfermagem do setor de origem entra em contato com a equipe da UTI e comunica sobre a transferência do paciente;
7. Equipe de enfermagem da UTI realiza o aceite da reserva via sistema;
8. Paciente é encaminhado em maca, monitorizado, acompanhado por maqueiro, equipe de enfermagem e médico do setor de origem até o setor destino;
9. Ao ser recepcionado e acomodado no leito, enfermeiro realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), escala de Braden, Morse, Ramsay ou Glasgow, maddox (flebite), News, Fugulin e TISS.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, is positioned above the page number.

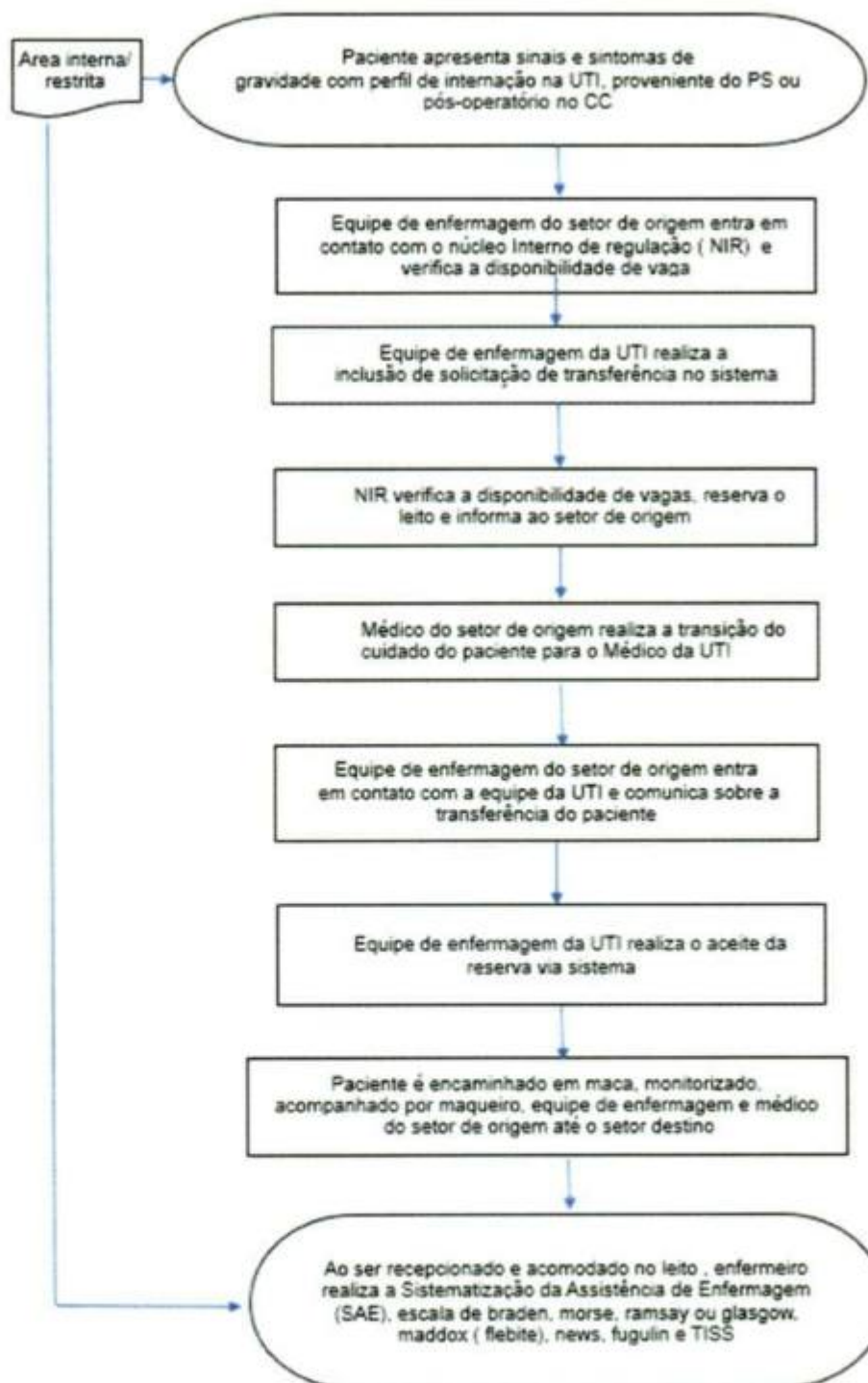


Figura 38 - Fluxograma de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

FLUXO DE ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

1. Paciente apresenta melhora do quadro clínico e apresenta critérios de alta, após definição do plano terapêutico discutido em visita multiprofissional;
2. Equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) entra em contato com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e verifica a disponibilidade de vaga;
3. Equipe de enfermagem da UTI realiza a inclusão de solicitação de transferência no sistema;
4. NIR verifica a disponibilidade de vagas, reserva o leito e informa a equipe da UTI;
5. Equipe de enfermagem da UTI entra em contato com a equipe do Serviço Social para solicitar o acompanhante para o paciente;
6. Equipe de enfermagem da UTI entra em contato com o setor que receberá o paciente e comunica sobre a transferência;
7. Equipe de enfermagem do setor que receberá o paciente realiza o aceite da reserva via sistema;
8. Paciente é encaminhado em maca acompanhado pelo maqueiro, equipe de enfermagem até o setor de destino;
9. Ao ser recepcionado e acomodado no leito, o enfermeiro realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), escala de Braden, Morse, Glasgow, maddox (Flebite), News e Fugulin, TISS.



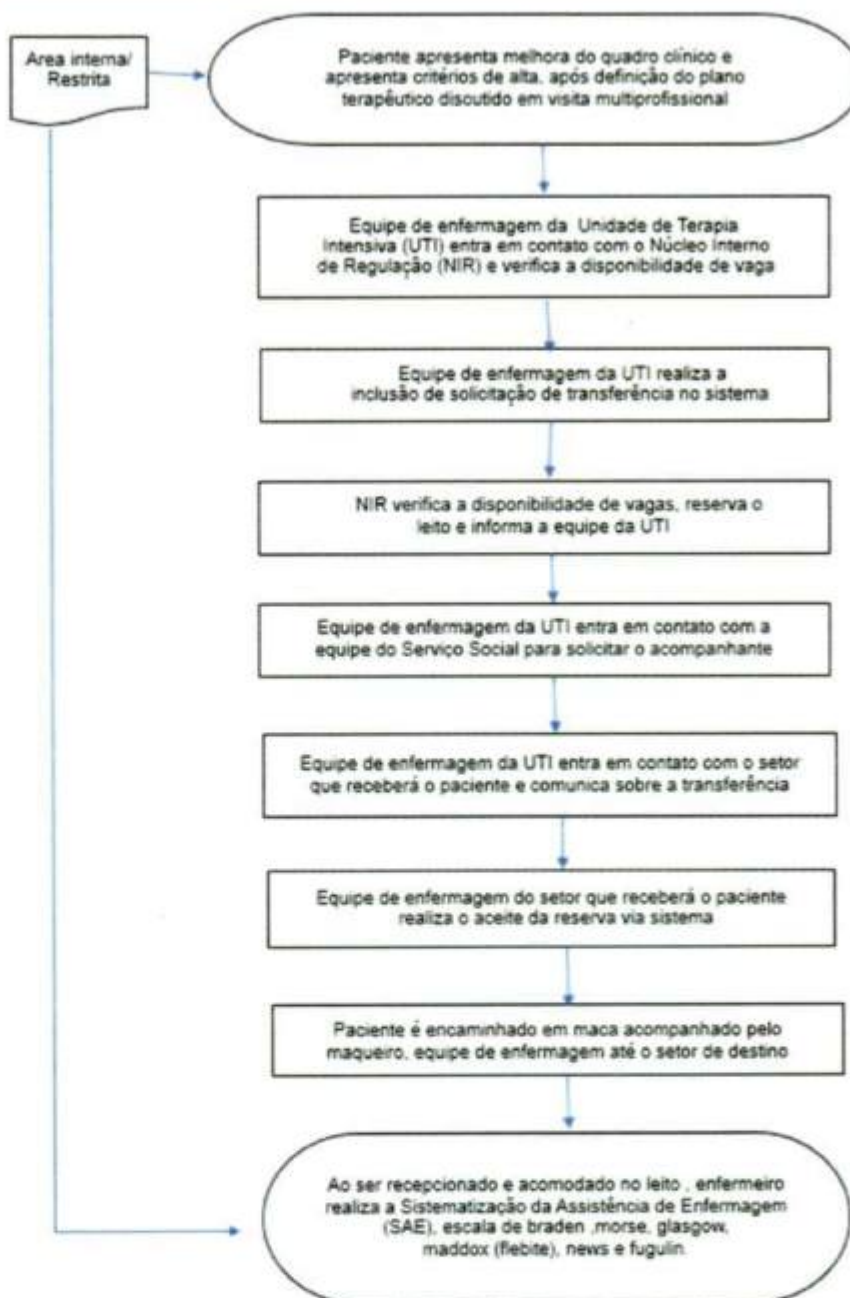


Figura 39 - Fluxograma de Alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

MANEJO E FLUXO DE ÓBITO

Realizar manejo de corpos com cuidado e em segurança. Garantir que só estejam presentes no local os profissionais necessários para os essenciais, manter a discrição e o respeito

tanto com o corpo quanto com os familiares que se encontram fragilizados, realizar o acolhimento com os familiares com uma comunicação clara e objetiva.

FLUXO DE ALTA ENCAMINHAMENTO DO CORPO PÓS-ÓBITO AO MORGUE

1. Sendo constatado óbito pelo médico, o mesmo relata em prontuário e preenche a declaração de óbito (DO);
2. Equipe de enfermagem separa com biombo caso haja outros pacientes no mesmo quarto, retira os dispositivos invasivos do paciente. Enfermeiro anota em prontuário óbito e realiza a preparação do corpo;
3. Assistente Social entra em contato com familiares ou responsável legal caso não esteja na unidade, para comparecer no hospital;
4. Familiar ou responsável legal é acolhido pelo médico em ambiente apropriado onde será informado sobre as circunstâncias do óbito, tendo o apoio do assistente social e/ou psicólogo e/ou profissional de enfermagem e/ou profissional de segurança (caso considere necessário);
5. Equipe de enfermagem solicita saco de óbito via sistema a farmácia, coloca o corpo no mesmo, identifica com os dados pessoais do paciente e cobre com um lençol. Enfermagem comunica o maqueiro;
6. Maqueiro se dirige ao setor de ocorrência do óbito com a maca destinada a transporte de cadáveres;
7. Equipe de enfermagem e maqueiro transferem o corpo do leito para a maca, transporta pelo acesso interno até a sala do morgue, abre a sala e coloca o corpo na câmara fria até a chegada da funerária ou IML.



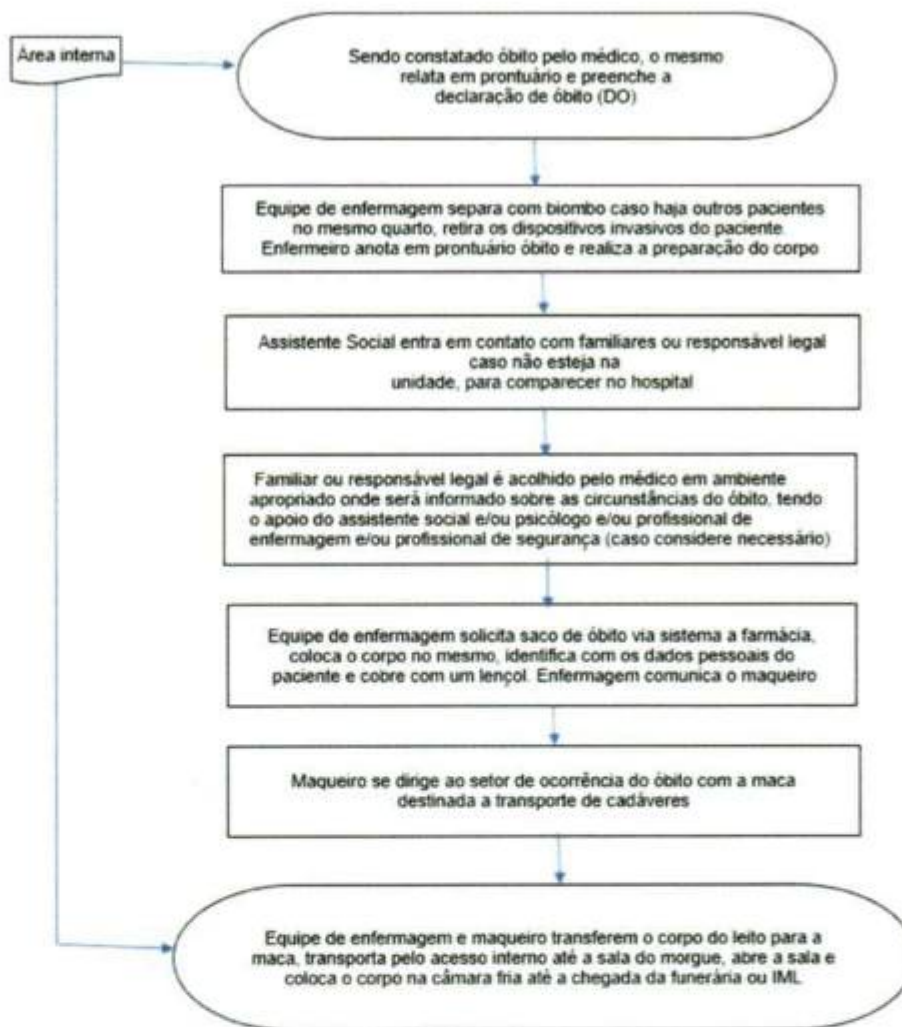


Figura 40 - Fluxograma de Alta Encaminhamento do Corpo Pós-óbito ao morgue

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

O HEJ conta também com os serviços de Apoio Laboratório Clínico como outros SADT: Tomografia, Ultrassonografia, Eletrocardiografia, Radiologia com atuação 24 horas ininterruptas e a realização de procedimentos de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). Tem como objetivo esclarecer o diagnóstico e contribuir na toma de decisão médica, para pacientes internos, externos ou de emergência do serviço.

Os exames dos pacientes internados serão realizados conforme a prescrição médica e atendendo a todas as necessidades, de acordo com as normas e rotinas determinadas. Serão

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

disponibilizados exames de apoio diagnóstico e terapêutico para usuários externos, estes devem ser agendados via sistema pelo complexo regulador conforme disponibilidade na agenda interna da unidade.

SADT EXTERNO

O acesso de usuários externos e pacientes egressos aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT se dará em horário previamente agendado, o agendamento do usuário externo é realizado pela Central de Regulação dos usuários oriundos da Rede de Saúde, através da disponibilidade de vaga na agenda ofertada pela unidade, o agendamento dos pacientes egresso é realizado pela unidade, para realização de exames o paciente deve estar com documentos pessoais e pedido médico em mãos, sendo permitido um acompanhante somente nos casos das pessoas que possuam direito à acompanhante por força legal.

FLUXO DE ATENDIMENTO EXTERNO DE SADT

1. Município de origem insere solicitação de exames de imagem em sistema via complexo regulador;
2. Núcleo interno de regulação - NIR recebe a solicitação de agendamento via sistema do complexo regulador e agenda exame;
3. Paciente da entrada na unidade, se identifica no controle de acesso com os documentos pessoais;
4. No controle de acesso o paciente é encaminhado para a recepção;
5. Recepção realiza o cadastro do usuário no sistema, confere agendamento junto ao NIR e identifica o paciente com etiqueta adesiva autocolante;
6. Paciente aguarda na recepção a convocação sonora no painel de senha e/ou a equipe de radiologia chamar pelo nome completo;
7. Para realizar ultrassonografia, equipe de radiologia comunica ao médico radiologista e encaminha o paciente deambulando ou em cadeira de rodas para sala de ultrassonografia, orienta o paciente a vestir a camisola e o posiciona em maca para realização do



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

procedimento, realiza o exame, libera o paciente e orienta a data para pegar resultado de exame;

- 8.** Para realização de radiografia, equipe de radiologia encaminha o paciente deambulando ou em cadeira de rodas para sala de raio-x prepara o paciente, realiza o exame, libera o paciente e orienta a data para pegar resultado de exame;
- 9.** Para a realização de tomografia computadorizada, equipe de radiologia encaminha o paciente deambulando ou em cadeira de rodas até a sala de tomografia, prepara o paciente;
- 10.** Em exames com contraste é necessário o preenchimento do questionário, termo de autorização, formulário de acompanhamento pós administração de contraste. É necessário presença do médico para realização do exame.
- 11.** Realiza o exame, libera o paciente e orienta a data para pegar resultado de exame.



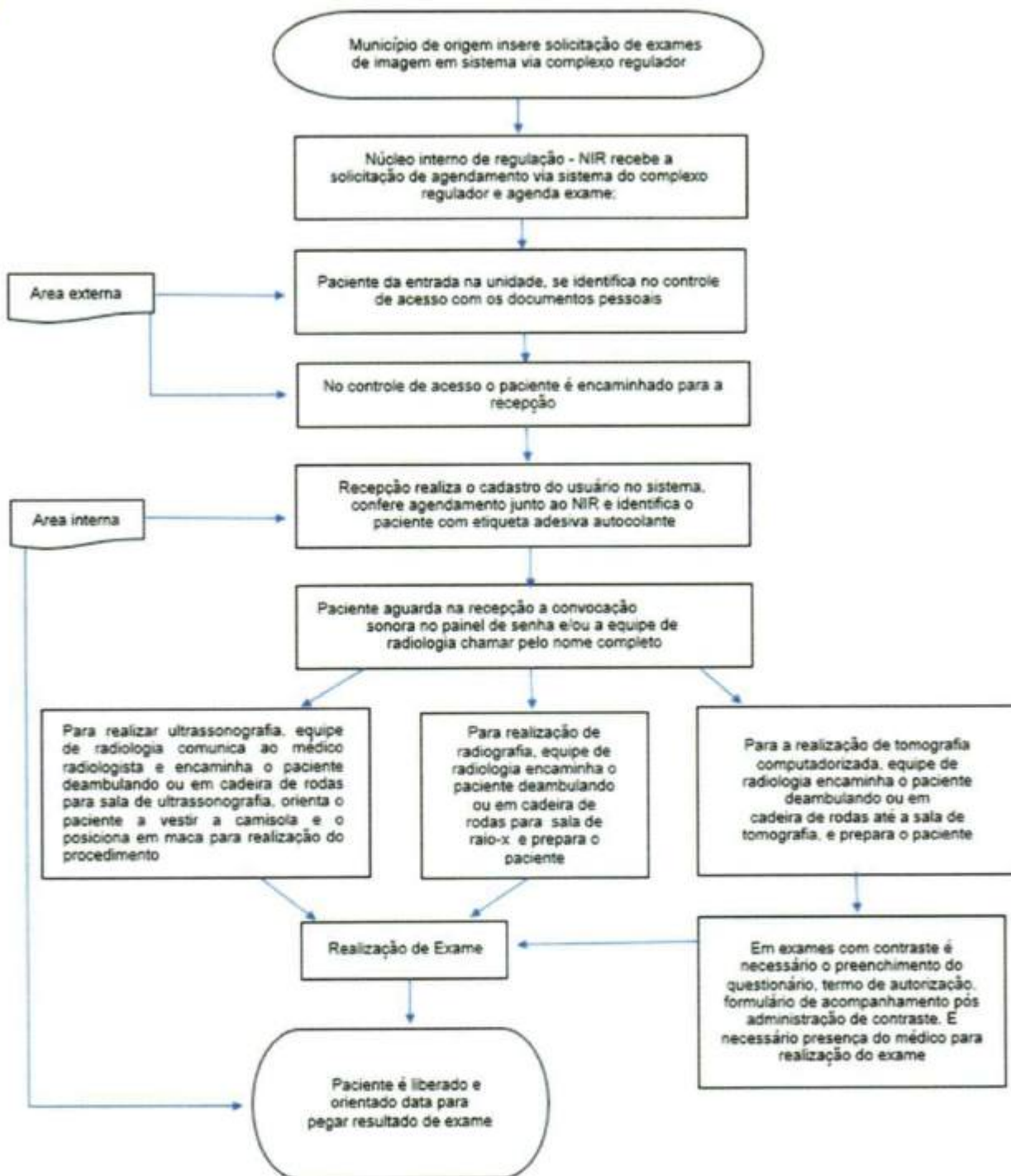


Figura 41 - Fluxograma de Atendimento Externo de SADT.



SADT INTERNO

O acesso interno ao serviço de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT se dará para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência e internados no HEJ, o qual contribui para diagnóstico e tomada de decisão. O setor de origem contata o setor de imagem para agendamento prévio do exame conforme solicitação médica, os pacientes devem estar acompanhados por funcionário do setor de origem e devidamente identificado.

FLUXO DE ATENDIMENTO INTERNO DE SADT

1. Paciente necessita de realização de exame de imagem para elucidação diagnóstica, conforme prescrição médica;
2. Paciente apresenta sinais ou sintomas de gravidade? Ou está internado na UTI?
3. Sim;
4. Para realização de ultrassonografia, equipe de enfermagem comunica ao radiologista e levar o aparelho de USG para realizar o exame no leito;
5. Para realização de radiografia, equipe de enfermagem comunica ao serviço de imagem para realizar o exame no leito, conforme os critérios estabelecidos e em concordância a RDC 330/2019;
6. Para realização de tomografia computadorizada, equipe de enfermagem comunica ao serviço de imagem sobre o exame a ser realizado, encaminhar o paciente na maca acompanhado pela equipe de enfermagem, médica, fisioterapeuta e maqueiro;
7. Realização de Exame;
8. Retorna ao leito; Não;
9. Para realização de ultrassonografia, equipe de enfermagem comunica ao radiologista e encaminha o paciente na maca ou na cadeira de rodas para realização do exame na sala de ultrassonografia (ou segue item 13);
10. Para realização de radiografia, equipe de enfermagem comunica ao serviço de imagem sobre o pedido de radiografia a ser realizado, encaminha o paciente de cadeira de rodas ou maca para realizar o exame, acompanhado do maqueiro;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

11. Para realização de tomografia computadorizada, equipe de enfermagem comunica ao serviço de imagem sobre o exame a ser realizado, encaminhar o paciente na maca ou cadeira de rodas para realizar o exame, acompanhado do maqueiro;
12. Em exames com contraste é necessário o preenchimento do questionário, termo de autorização, formulário de acompanhamento pós administração de contraste é realizado com a presença do médico para realização do exame;
13. Realização de Exame;
14. Retorna ao leito.

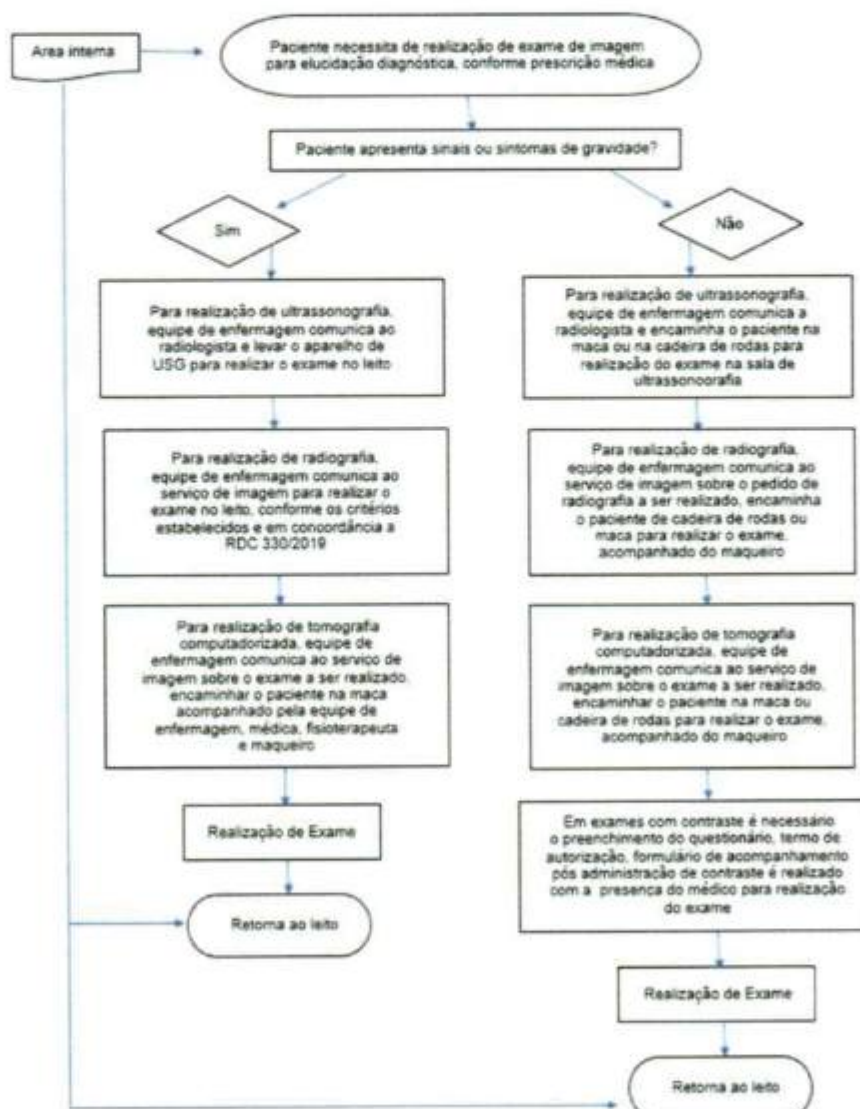


Figura 42 - Fluxograma de Atendimento Interno de SADT



FLUXO DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRONTO SOCORRO

1. Solicitação de exames laboratoriais após atendimento médico ao paciente do pronto socorro;
2. Auxiliar de coleta do pronto socorro, realiza coleta no leito mediante prescrição médica;
3. Após a realização das coletas, as amostras são destinadas ao Laboratório da unidade através de caixas de transporte apropriadas para após serem submetidas a análise;
4. A liberação do laudo via Sistema de Gestão Hospitalar tem o prazo estipulado de no máximo 02 horas.

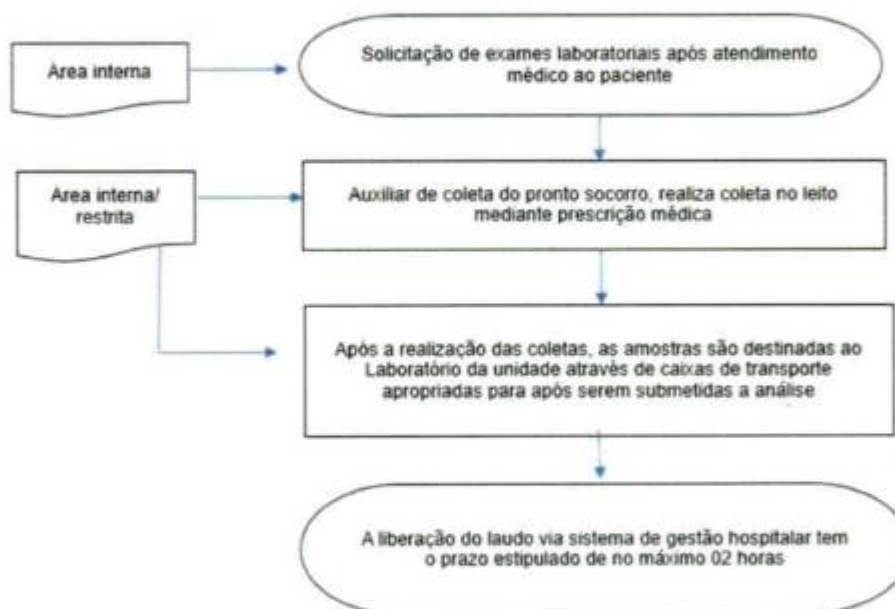


Figura 43 - Fluxograma de Coleta de Exames Laboratoriais no Pronto Socorro.

FLUXO DE COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

1. Prescrição dos exames via sistema de gestão hospitalar;
2. Rotinas programadas ou demais solicitações?



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

3. Caso de demais solicitações, equipe de laboratório controla em tempo real as solicitações de exames via Sistema de Gestão Hospitalar através de painel, seguindo protocolo de Manchester por ordem de prioridade;
4. Caso de rotinas programadas e demais solicitações, auxiliar de coleta ou técnico de laboratório se dirige à unidade de internação por ordem de prioridade;
5. Confirmação da identificação do paciente/leito de internação;
6. Realizar coleta do sangue e armazenar nos tubos, conforme o tipo de exame a ser realizado, para então serem encaminhados para o laboratório através de caixas de transporte apropriadas;
7. Amostras destinadas ao laboratório da unidade?
8. Se sim, realiza a análise do material e libera o laudo dos resultados via sistema de gestão hospitalar;
9. Se não, realizar o registro dos dados do paciente no sistema do laboratório de apoio, imprimir e fixar as etiquetas nos tubos. Colocar as amostras preparadas em bancada própria para serem retiradas pelo motorista do laboratório de apoio;
10. Materiais são retirados e encaminhados para o laboratório de apoio em caixa própria para o transporte, para serem submetidos a análises;
11. Equipe de o laboratório da unidade verificar diariamente se os laudos foram liberados via sistema do laboratório de apoio (Anexar os laudos no sistema de gestão hospitalar);
12. Após, é liberado laudo dos resultados via sistema de gestão hospitalar.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

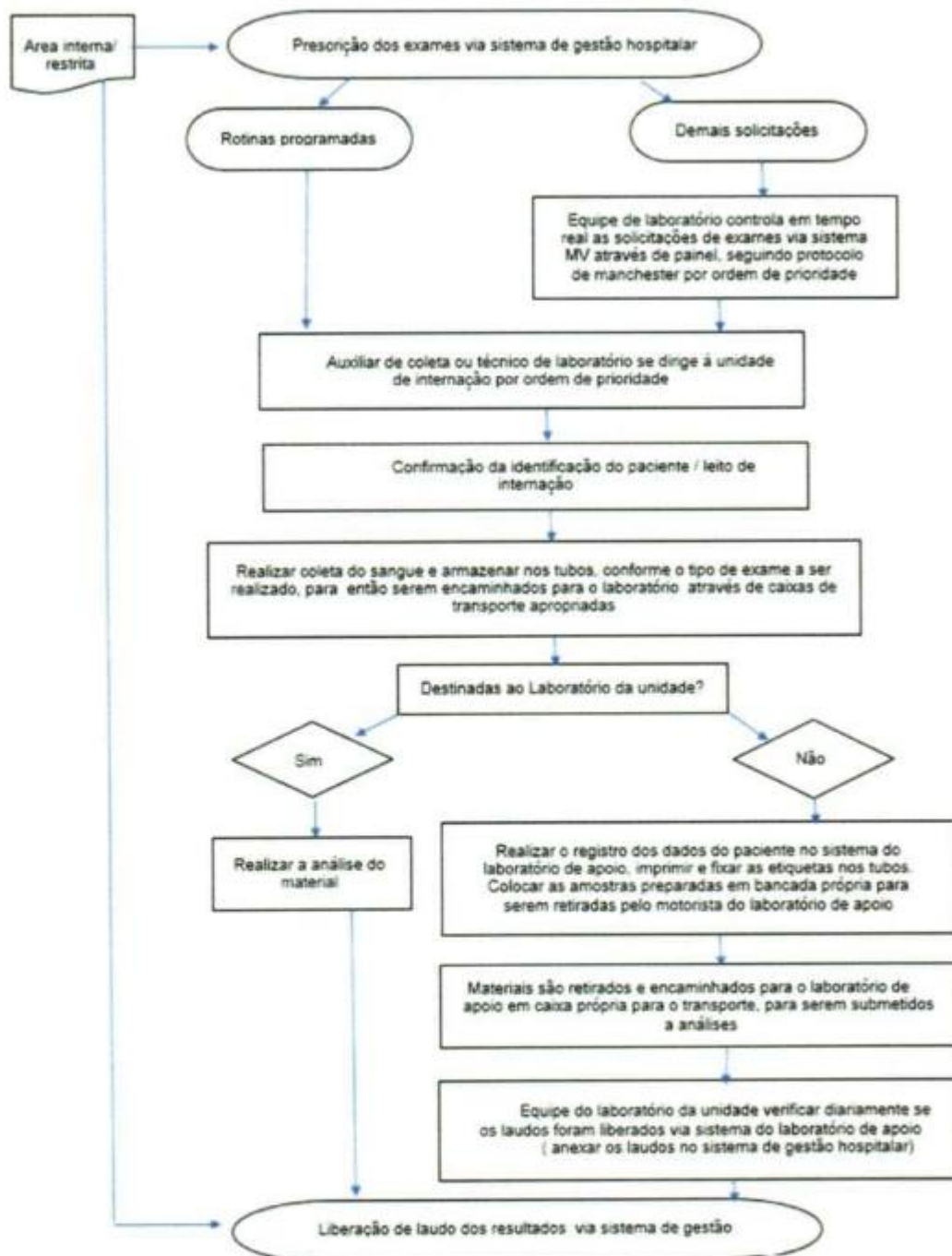


Figura 44 - Fluxograma de coleta de exames laboratoriais



SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

A SND está subdividida em duas áreas: Produção e Clínica, tendo como objetivo principal o fornecimento de refeições seguras e balanceadas de acordo com as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), promovendo aos usuários/pacientes uma assistência nutricional integrada e individualizada. O setor é composto pelas seguintes áreas:

ÁREA DE ARMAZENAMENTO EM TEMPERATURA AMBIENTE - DESPENSA:

Área destinada ao armazenamento de alimentos à temperatura ambiente, de bom tamanho que atende às necessidades, iluminação suficiente, climatizado.

ÁREA DE ARMAZENAMENTO DA NUTRIÇÃO ENTERAL:

Área exclusiva para guarda da Nutrição Enteral, com tamanho adequado para as necessidades locais, climatizada e com boa iluminação.

ÁREA DE COPA E LANCHES:

Área exclusiva para o preparo de frutas, desjejuns, lanches, coffee break, ceias e sucos para os pacientes e colaboradores.

ÁREA DE RECEBIMENTO/PORCIONAMENTO DAS DIETAS:

Local exclusivo para recebimento, conferência e montagem das bandejas térmicas dos pacientes.

ÁREA DE HIGIENIZAÇÃO DAS BANDEJAS:

Área destinada à higienização de bandejas e utensílios dos pacientes. Acesso independente evitando assim o fluxo cruzado.



ÁREA DE DISTRIBUIÇÃO:

Área destinada à distribuição das refeições (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia) aos pacientes e lanches/coffee break para reuniões. Saída independente evitando assim fluxo cruzado.

ÁREA DO REFEITÓRIO

Compõe pelos setores de distribuição, lavagem de louças, refeitório e lavagem de mãos área de consumação ou refeitório, local onde os colaboradores, médicos, diretores, terceiros, acompanhantes e visitantes fazem suas refeições.

SALA DAS NUTRICIONISTAS:

Área localizada onde fica a Coordenadora, as Nutricionistas e Técnicas de Nutrição.

Abaixo, planejamento das alimentações a serem ofertados, seus respectivos horários tanto a colaboradores, pacientes, acompanhantes e as distribuições das dietas enterais.

DISTRIBUIÇÃO DO REFEIÇÕES DO COLABORADOR

Refeição	Horários:
Desjejum	07:30 às 09:30h
Almoço	11:00 às 13:30h
Lanche da Tarde	15:00 às 16:30h
Jantar	21:30 às 23:00h
Ceia	01:00 às 02:30h

Tabela 16 - Distribuição de Refeições do Colaborador



DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES DO ACOMPANHANTE

Refeição	Horários:
Desjejum	07:30 às 09:45h
Almoço	11:00 às 13:30h
Lanche da Tarde	15:00 às 16:30h
Jantar	18:00 às 20:00h

Tabela 17 - Distribuição de Refeições do Acompanhante

DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES DO PACIENTE

Refeição	Horários:
Desjejum	07:30 às 09:30h
Colação	07:30 às 09:45h
Almoço	11:00 às 13:30h
Lanche da Tarde	15:00 às 16:30h
Jantar	18:00 às 20:00h
Ceia	20:00 às 02:30h
Desjejum	07:30 às 09:30h

Tabela 18 - Distribuição de Refeições do Paciente

DISTRIBUIÇÃO DIETAS DO PACIENTE

Refeição	Horários:
Dietas Enterais	06H, 12H, 14H, 18H E 22H (OU DE ACORDO COM A SOLICITAÇÃO)
Nutrição Enteral	09H e 18H
Nutrição via oral	09H e 21H

Tabela 19 - Distribuição de Dietas Enterais

FLUXO DO MACROPROCESSO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

1. Serviço de Nutrição e Dietética-SND, elabora cardápio e solicita compra;
2. Realização da compra de matéria-prima (Alimentos);
3. Nutricionista avalia fornecedor bem como matéria-prima a ser recebida na unidade. No recebimento, estoquista e nutricionista conferem conforme requisição e armazenam os mesmos;
4. A distribuição desses alimentos é dispensada conforme necessidade referente ao cardápio a ser preparado no dia;
5. Equipe realiza o pré-preparo e o preparo dos alimentos, realiza o racionamento;
6. Equipe da nutrição/copeiras, realiza o transporte e a distribuição das refeições aos pacientes e acompanhantes e colaboradores.



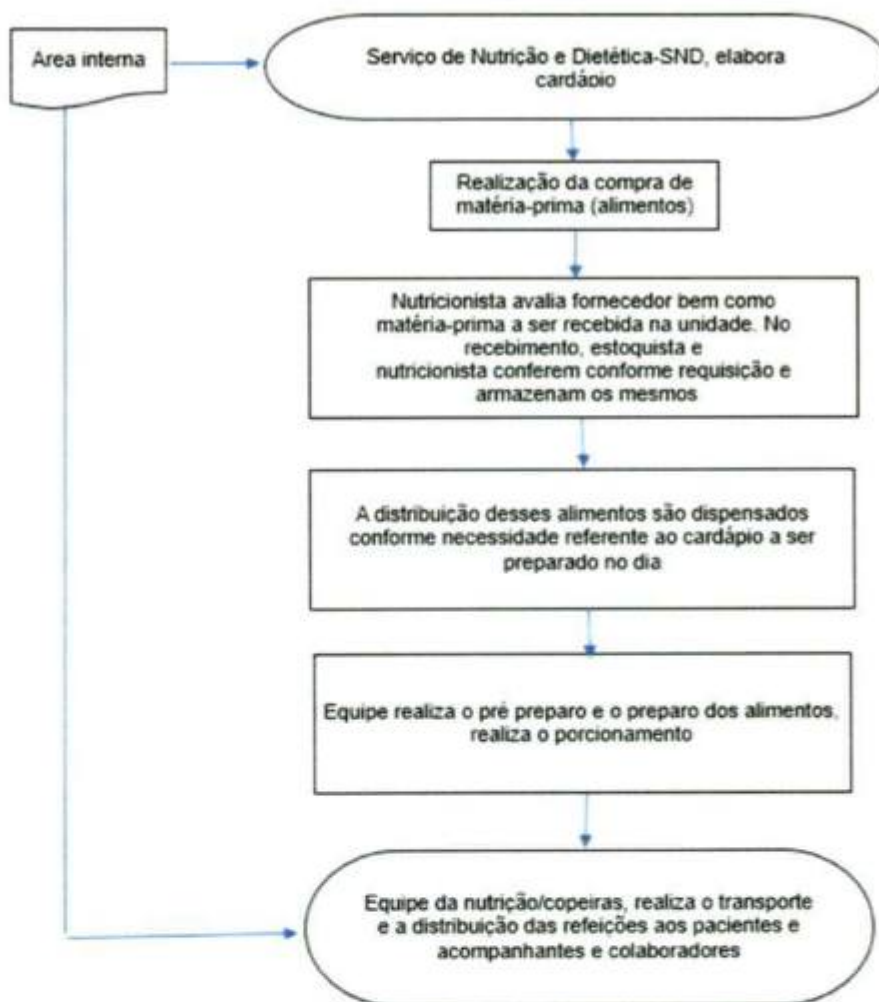


Figura 45 - Fluxograma do Macroprocesso do Serviço de Nutrição e Dietética

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DE REFEIÇÕES NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

1. As refeições após serem preparadas, serão armazenadas em embalagens individualmente apropriadas para cada paciente, conforme prescrição médica e nutricionista;
2. A equipe da nutrição/copeiro insere as embalagens dentro dos carrinhos de distribuição de alimentos e encaminha para unidade de internação;
3. A distribuição dos alimentos são realizadas em horários pré estabelecidos, a fim, de não ocorrer cruzamento no corredor com coleta de resíduos, distribuição de medicamentos,

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

distribuição enxovias limpos e coleta de enxovais contaminados;

- Os alimentos deverão ser mantidos sob rigoroso controle de tempo de exposição e temperatura a fim de não ocorrer contaminação
- Caso haja necessidade de alteração na dietética do paciente, o enfermeiro da unidade de internação entra em contato com a nutrição solicitando a refeição;
- Após a distribuição de todos os alimentos, o copeiro deverá recolher todo o material utilizado para alimentação dos pacientes após 2 horas da entrega da refeição.

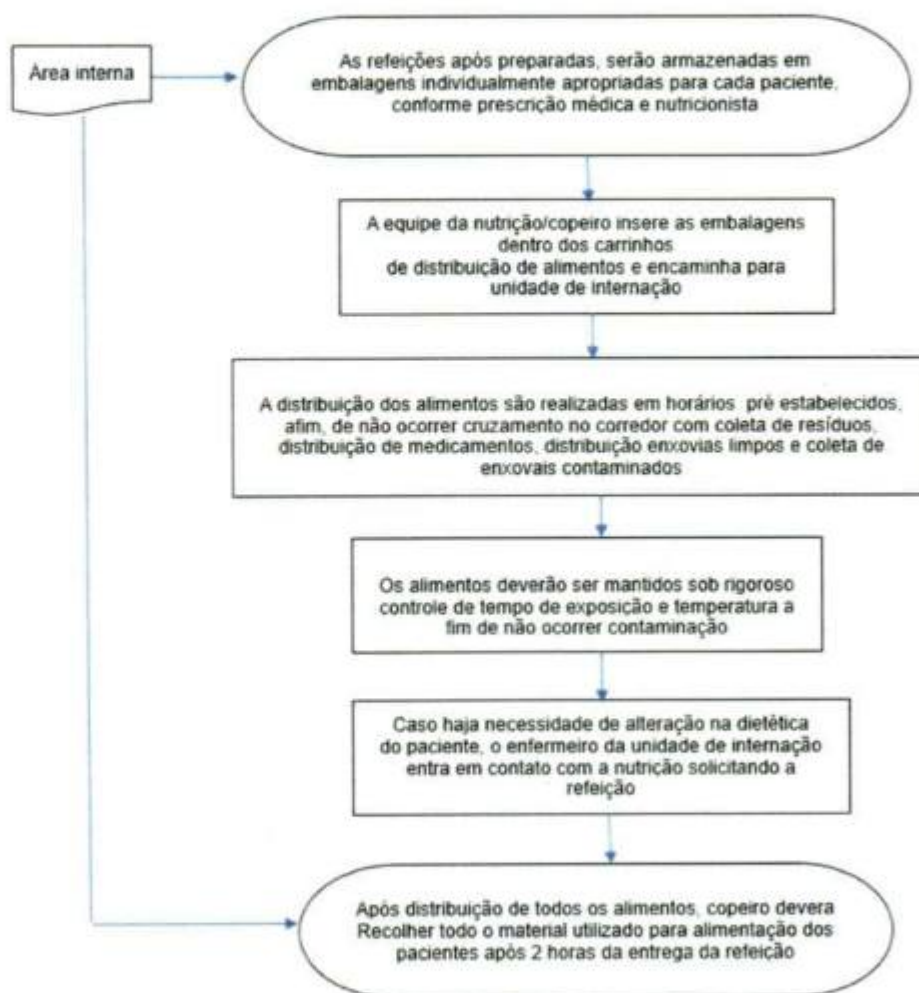


Figura 46 - Fluxograma de Distribuição de Refeições nas Unidades de Internação

FLUXO DO SERVIÇO DE LAVANDERIA

1. O processo de roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades;
2. Retirada da roupa suja da unidade geradora e o seu acondicionamento;
3. Coleta e transporte da roupa suja até a lavanderia;
4. Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja;
5. Processo de lavagem de roupa suja e centrifugação;
6. Secagem, calandragem ou prensagem ou passadora da roupa limpa;
7. Separação, dobra, embalagem da roupa limpa;
8. Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa.

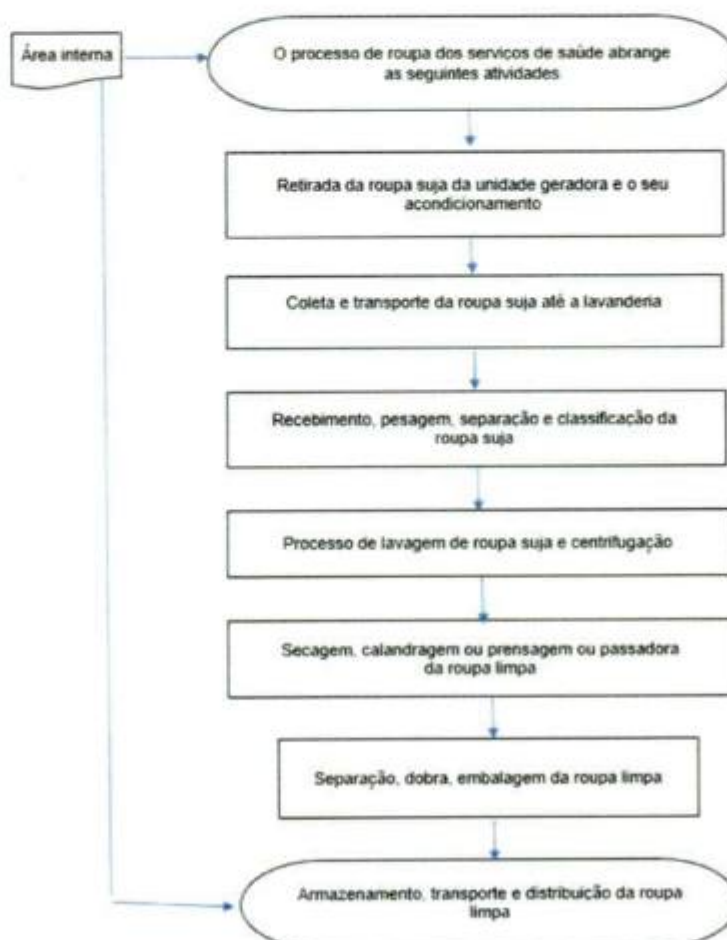


Figura 47 - Fluxograma do Serviço de Lavanderia.



1.1.1.2 Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados/Roupas

O Fluxo Unidirecional tem o objetivo de evitar o cruzamento de material sujo/contaminado para com outros materiais estéreis/limpo, alimentos e medicamentos. Sendo assim será proposto a definição de horários pré-estabelecidos evitando desta forma que o cruzamento ocorra, conforme tabelas abaixo:

FLUXO DOS CARROS DE COLETA		
Horário	CME	Resíduos/Roupas
02:00 às 03:00	-	Coleta
04:00 às 05:00	Coleta de material contaminado	-
05:00 às 06:00	-	Coleta
10:00 às 11:00	Coleta de material contaminado	-
10:00 às 11:00	-	Coleta
14:00 às 15:00	-	Coleta
16:00 às 17:00	Coleta de material contaminado	-
17:00 às 18:00	-	Coleta
21:30 às 22:30	-	Coleta
22:00 às 23:00	Coleta de material contaminado	-

Figura 48 - Fluxo de Carros de Coleta de Material/Roupas/Resíduos contaminado

FLUXO ENTREGA DE ENXOVAIS, REFEIÇÃO E MEDICAMENTOS			
Horário	SND	Lavanderia	Farmácia
07:00 às 07:45	Entrega de refeição	-	-



FLUXO ENTREGA DE ENXOVAIS, REFEIÇÃO E MEDICAMENTOS

Horário	SND	Lavanderia	Farmácia
07:00 às 07:30	-	-	Entrega de Medicamentos de prescrições diárias
07:20 às 08:30	-	Entregar Enxoval limpo para todas as unidades de acordo com a criticidade	-
08:30 às 09:00	Entrega de refeição	-	-
09:00 às 09:15	-	Entrega para CME - Roupas Limpas	-
11:30 às 12:30	Entrega de refeição	-	-
15:00 às 16:00	Entrega de refeição	-	-
18:00 às 19:00	Entrega de refeição	Entrega de enxoval limpo para todas as unidades de acordo com a criticidade	-
19:30 às 20:00	-	Entrega para CME - Roupas Limpas	Entrega de Medicamentos de prescrições diárias
21:00 às 21:30	Entrega de refeição	-	-

Figura 49 - Fluxo de Entrega de Enxovais, Refeição e Medicamentos

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO:

A Central de Material e Esterilização (CME) é um setor destinado à limpeza, desinfecção de alto nível, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde. A estrutura para executar a desinfecção e esterilização dos materiais utilizados na assistência ao paciente, deve dispor de autoclaves, lavadora ultrassônica, termodesinfectora e seladora para o processamento de materiais, será realizado adequações conforme a necessidade da instituição e em concordância com a RDC Nº 15 de 15 de março de 2012.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

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

Visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes, implantaremos o Programa de Monitoramento para Controle da Qualidade de Esterilização, tendo o compromisso com a qualidade e segurança dos pacientes, portanto no que tange o processo de uso de materiais para procedimentos, todos os artigos críticos, não críticos e semicríticos, contando com uma equipe especialista em Central de Material e Esterilização assim como monitoramento realizado pelo Controle de Infecção Hospitalar, na assessoria de implantação de melhores práticas no processo de esterilização.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA CME

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

DEFINIÇÕES DE PROCESSOS

LIMPEZA

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



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

DESCONTAMINAÇÃO

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

DESINFECÇÃO

É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos

ESTERILIZAÇÃO

É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros. O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas, subdividida em 3 áreas:

Expurgo	Preparo de Material e Carga	Guarda do Material Estéril
Área Suja	Área Limpa	Área Estéril

Tabela 20 - Subdivisão de áreas CME

ÁREA SUJA

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

brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

ÁREA LIMPA

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

ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE ARTIGOS ESTERILIZADOS/ARSENAL

Local destinado a guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados. Conforme a RDC 35 de 2010 áreas é descrita em área crítica e semicrítica.

ÁREA CRÍTICA

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

ÁREA SEMICRÍTICA

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica. Nos anexos estará disposto o manual do CME detalhando todo o processo realizado neste setor, bem como os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que iremos utilizar.



FLUXO VISÃO MACRO DA CME

1. Recebimento do material contaminado;
2. Equipe de enfermagem realiza a limpeza do material de forma manual ou automatizada;
3. Material será esterilizado em autoclave?
4. Se sim. Verificação da integridade e limpeza dos artigos, separação dos artigos, embalar os artigos em papel grau cirúrgico ou SMS e realizar a identificação.
5. Fazer a esterilização dos artigos em autoclave de barreira e armazenar e depois distribuir;
6. Se não. Verificação da integridade e limpeza dos artigos, esterilização através de desinfecção química, separação dos artigos por tipo de material;
7. Embalar artigos em saco plástico, utilizar seladora para vedação, realizar a identificação, armazenamento e a distribuição.



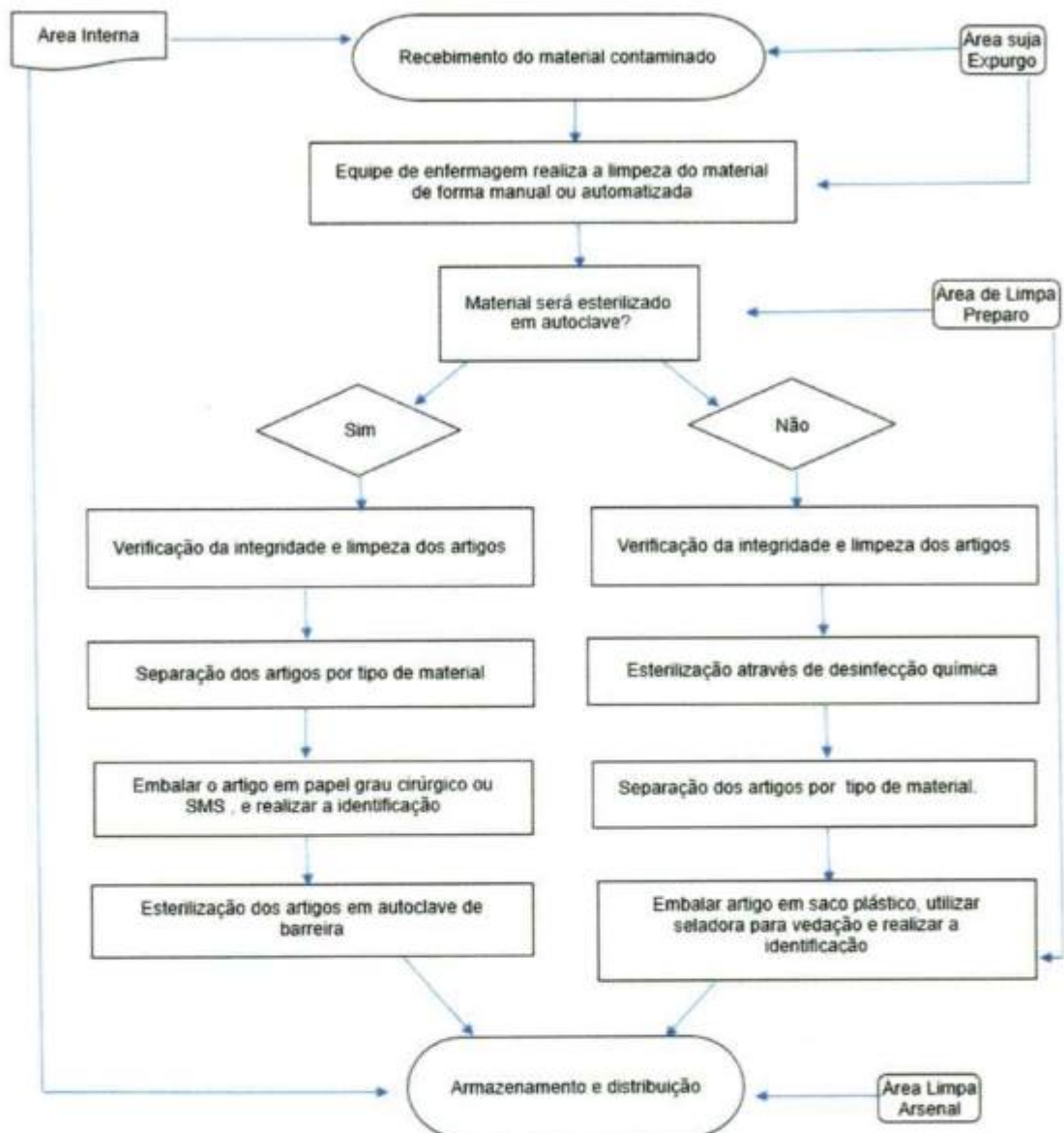


Figura 50 - Fluxograma da Visão Macro da CME

FLUXO RECEBIMENTO DE MATERIAL NO EXPURGO

1. Equipe de enfermagem: receber o material contaminado no expurgo através de coleta realizada nos setores ou através de guichê de acesso ao corredor de circulação;
2. Realizar umectação de todos os instrumentais com SURFIC*. Proceder com a limpeza manual utilizando detergente enzimático ou neutro e acessórios não abrasivos de uso



hospitalar que não liberem partículas;

3. Realizar o enxágue dos materiais com água que atenda aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica, ou com água purificada em casos de materiais de cirurgias complexas;
4. Instrumentais cirúrgicos cujo lúmen que tenha diâmetro interno inferior a cinco milímetros é encaminhado para a lavadora ultrassônica em bandejas de inox para serem submetidos a limpeza automatizada após teste com ultra washer para validação de uso do equipamento;
5. Após limpeza manual ou automatizada, realizar a inspeção e secagem dos itens utilizando pistola de ar comprimido medicinal;
6. Armazenar os instrumentais em recipiente com tampa e entregar no guichê de acesso a área limpa para dar seguimento ao processo de preparo e esterilização.

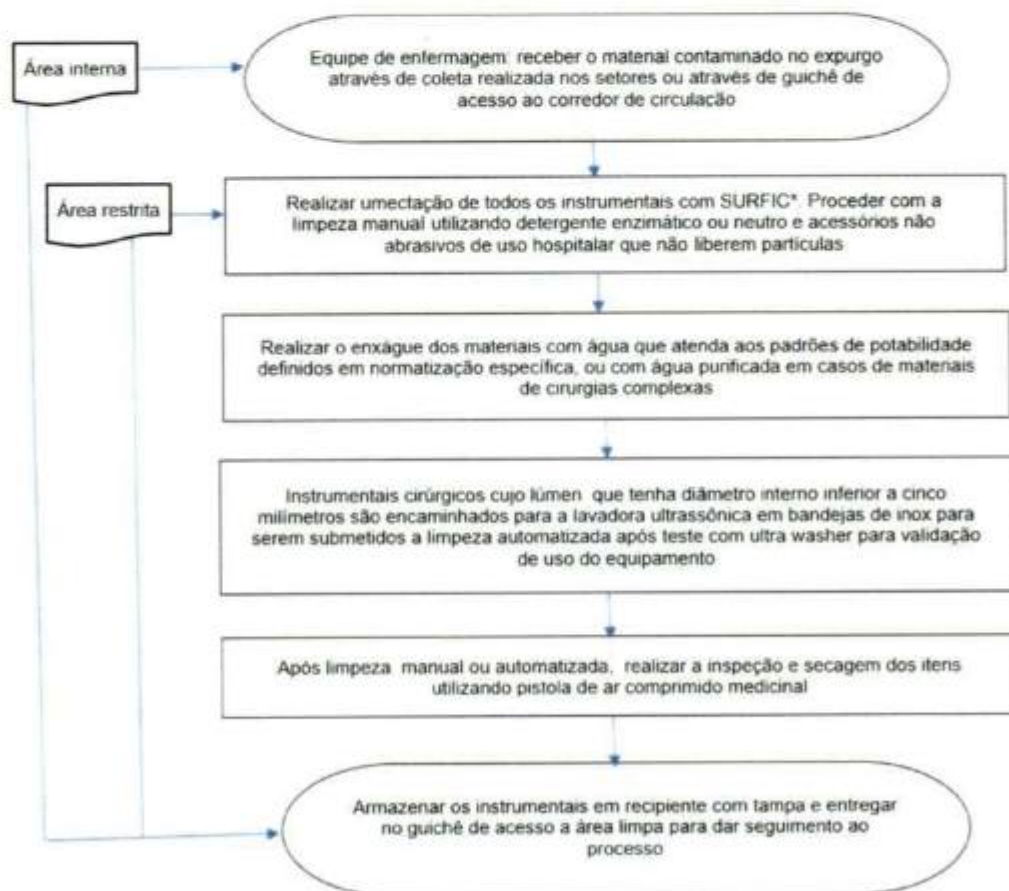


Figura 51 - Fluxograma de Recebimento de Material no Expurgo



FLUXO DE DESINFECÇÃO QUÍMICA

1. Equipe de enfermagem: recebimento do material semicrítico (assistência ventilatória, anestesia e inaloterapia), no expurgo através de coleta realizada nos setores;
2. Realizar a limpeza do material com detergente enzimático e/ou por processo físico de termo desinfecção;
3. Realizar desinfecção química (exceto os artigos utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia) através de imersão em ácido peracético após monitorização da efetividade do produto;
4. Embalar artigo em saco plástico, utilizar seladora para vedação e realizar a identificação;
5. Encaminhar o artigo embalado, identificado e selado através de guichê de acesso entre a sala de desinfecção e arsenal;
6. Armazenamento e distribuição no arsenal.

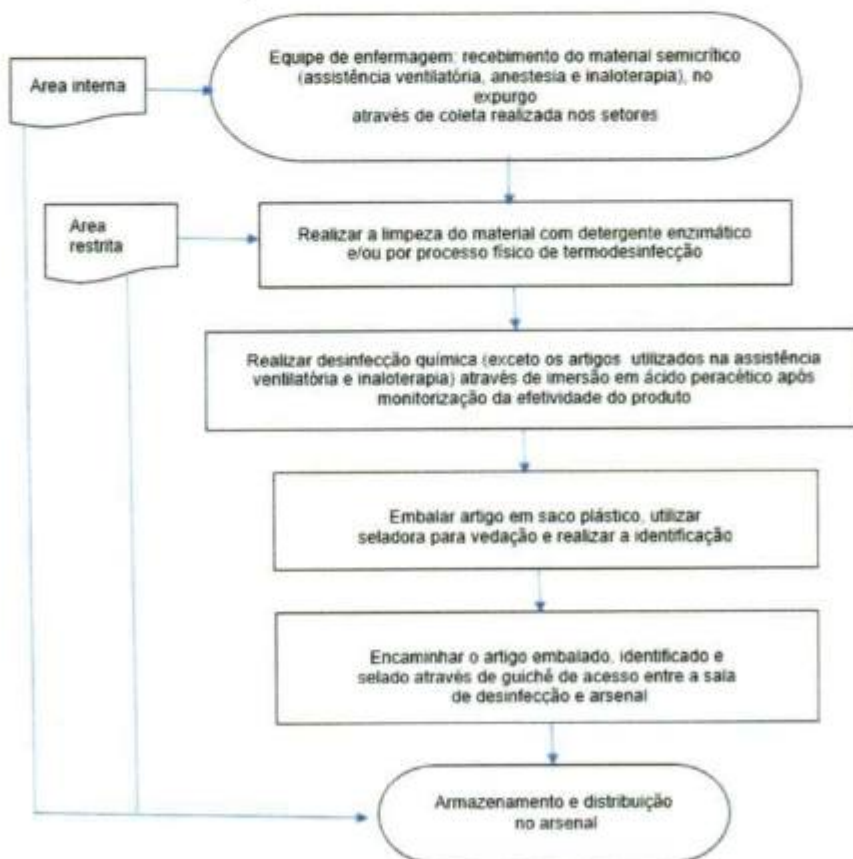


Figura 52 - Fluxograma de Desinfecção Química



FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAL NA ÁREA DE PREPARO

Equipe de enfermagem: recebe o material limpo através de guichê de acesso entre área suja e área limpa da CME;

1. Realiza a inspeção da integridade e limpeza dos artigos, através do uso de lente intensificadora de imagens (lupa);
2. Instrumentais que apresentam perca da funcionalidade são retirados e armazenados em embalagem plástica com tampa, sendo realizado a substituição. Instrumentais que apresentam sujidade são encaminhados para reiniciar o processo;
3. Realizar o fechamento dos instrumentais em caixas com furos e utilizar como invólucro o papel grau cirúrgico selado por termo seladora ou SMS, sendo incluso no fechamento um integrador químico classe 5 ou classe 6 de acordo com a complexidade da caixa cirúrgica. Realizar as identificações das caixas;
4. Após a realização do teste de Bowie Dick e teste biológico concluídos e com resultados satisfatórios, é liberado o uso da autoclave de barreira para a esterilização dos materiais;
5. As caixas são posicionadas nos cestos de inox do rack da autoclave. Ao finalizar a montagem das cargas inserir o pacote desafio com integrador químico para assim iniciar o ciclo de esterilização, conforme carga.



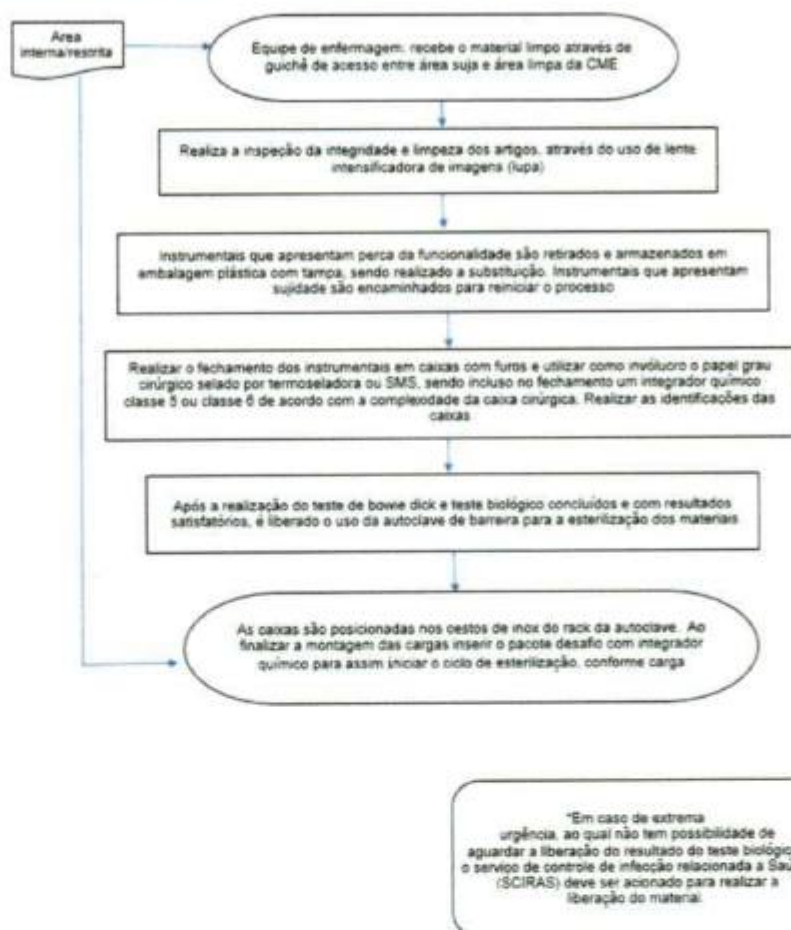


Figura 53 - Fluxograma de Recebimento de Material na área de preparo.

FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAL NA ÁREA DE RESFRIAMENTO/ARSENAL

1. Equipe de enfermagem: ao término do ciclo destravar a porta da autoclave e abri-la com a saída para a sala de resfriamento. Deixar a porta aberta por 20 minutos;
2. Aguardar o resfriamento dos pacotes e caixas antes de transferir o material para superfície seca e fria para prevenir a condensação destes;
3. Retirar os materiais e cestos e colocar sobre a bancada observando se os pacotes estão



secos, íntegros, sem manchas e se o integrador químico externo sofreu alteração da cor;

4. Após inspeção dos pacotes, encaminhar para acondicionamento no arsenal;
5. Colocar no armário identificado conforme artigo, armazenando de acordo com a data de validade;
6. Colocar o rack de volta na autoclave e fechar a porta.

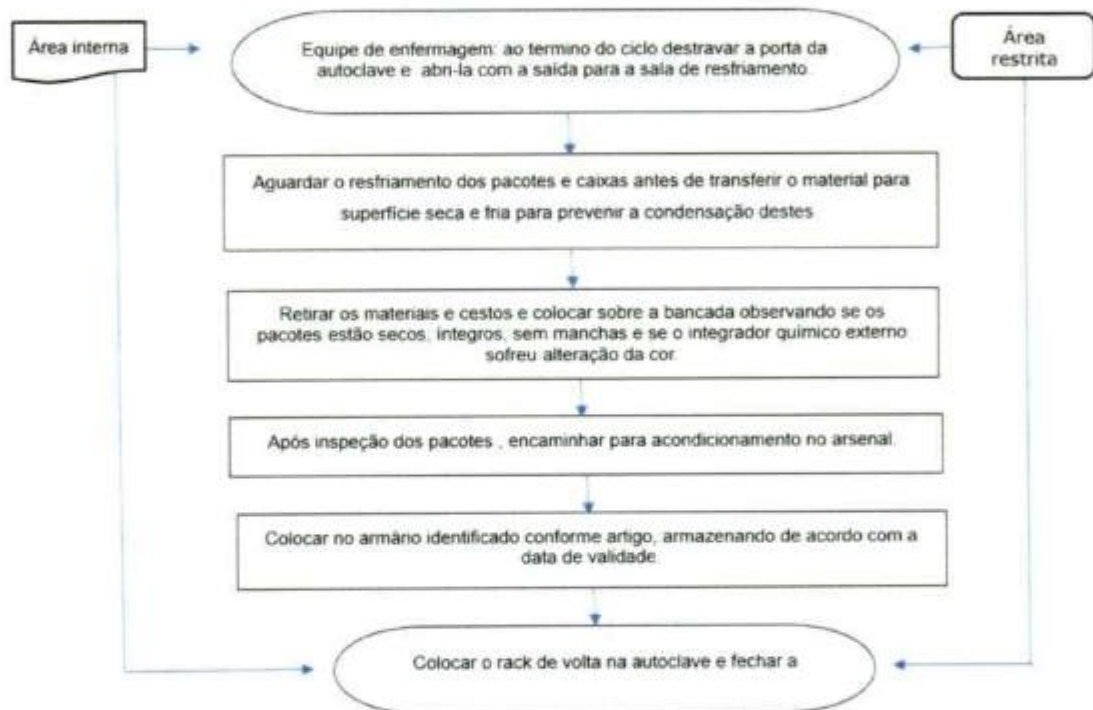


Figura 54 - Fluxograma de Recebimento de Material na área de Resfriamento/Arsenal.

FLUXO UNIDIRECIONAL DAS ROUPAS

É um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade. A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

Ela exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência. As roupas utilizadas nos serviços que a OSs irá gerenciar incluem:

- Lençóis;
- Fronhas;
- Cobertores;
- Toalhas;
- Camisolas de uso dos pacientes;
- Campos cirúrgicos;
- Aventais Cirúrgicos;
- Dentre outros.

REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas de unidade geradora. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de micro-organismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Neste sentido fará apenas a pesagem e não a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não se romper durante a sua manipulação e transporte. Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado.

Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder $\frac{3}{4}$ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora deve ser arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores. A coleta deve ser realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde e evitar cruzamento com refeições, medicamentos e roupa limpa, materiais contaminados e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento.

COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA

O responsável pelo transporte de roupa suja deve utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), porém, ao abrir portas deve fazê-lo sem luva. A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia.

O transporte da roupa limpa e suja seja efetuado em carros separados, exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, será identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde. O setor terá por escrito todo o processo de limpeza e desinfecção desses carros.

PROCESSAMENTO DA ROUPA NA SALA DE RECEBIMENTO DA ROUPA SUJA

Na sala de recebimento da roupa suja ("área suja") da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de se iniciar o processo de lavagem. Nessas etapas, mantêm-se as recomendações de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. É necessário o banho com troca de roupa, ao término do trabalho, para todos os profissionais que presta serviço na sala de recebimento da roupa suja.

PESAGEM

A pesagem da roupa pode ser realizada em duas etapas distintas: No momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e

após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora, e de acordo com o programa de fórmulas de lavagem.

SEPARAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. É a fase do processamento que oferece maior risco aos trabalhadores sob o ponto de vista de infecção e saúde ocupacional. Portanto, é essencial observar as orientações nas Medidas de Prevenção e Controle de Infecção. Nessa área deve ser provido um recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante e outro para o descarte de material infectante, como peças anatômicas, que porventura seja encontrado junto com a roupa suja.

PROCESSAMENTO DA LAVAGEM

Após pesagem e classificação da roupa suja, ela é colocada dentro da lavadora com barreira na área suja, e no final do processo de lavagem é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. Será realizada a higienização do ambiente e de seus equipamentos, ações voltadas à prevenção de riscos e à saúde dos trabalhadores, assim como a manutenção dos equipamentos.

Serão estabelecidos normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos. Estas atividades incluem todas as etapas do processamento das roupas, os saneantes utilizados, os procedimentos de limpeza e desinfecção dos carrinhos e veículos de transporte e dos ambientes e superfícies, previamente aprovado pelo SCIRAS. Além disso, também devem constar orientações quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual e coletiva.

CICLOS DO PROCESSO DE LAVAGEM

As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em:

- Umectação;
- Enxágues;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Pré-lavagem;
- Lavagem;
- Alvejamento;
- Amaciamento.

Em todas as etapas após a lavagem, a qualidade da limpeza deve ser avaliada para determinar a necessidade de seu retorno para o início do processo e a existência de peças danificadas para posterior reparo ou baixa.

PROCESSAMENTO DA ROUPA NA SALA DE RECEBIMENTO NA ÁREA LIMPA

Após a operação de lavagem, as roupas passam por processos de:

- Inicia-se pela centrifugação;
- Secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade.
- Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas, caso ocorra, o item deverá refazer todo o processo de lavagem;
- A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, a passagem de um trabalhador da área suja para a limpa deve ser precedida de banho.
- Ao embalar as roupas em sacos plásticos transparente e descartáveis, as peças devem estar totalmente secas e à temperatura ambiente, para evitar umidade e possível recontaminação.
- A roupa separada em kits favorece o serviço de enfermagem das unidades de atendimento ao paciente, uma vez que otimiza o trabalho de distribuição da equipe.

EMBALAGEM DAS ROUPAS

Após as etapas de calandragem, prensagem ou calandragem, as roupas limpas serão dobradas, podendo ser armazenadas embaladas. Sacos plásticos serão utilizados para embalar roupas separadamente e em forma de kits.



ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa. Será centralizado em um único local as roupas para que possa ter controle eficiente da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição, em qualidade e quantidade adequadas. Não há um tempo máximo padronizado para a estocagem da roupa. O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim. Além disso, será proibido que colaborador do setor se alimente nesse local.

A roupa limpa deve ser manuseada somente quando necessário e com prévia higienização das mãos. Pode-se utilizar armário, estante, carro-estante, ou outro mobiliário, que devem ser fechados e possuir superfícies passíveis de limpeza. A distribuição de roupa limpa para as unidades do serviço de saúde será feita pela camareira, e serão realizadas em carros de transporte fechados.

FLUXO DE COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA

1. Os enxovais utilizados nas enfermarias, UTI, PS, Observação, Centro Cirúrgico, Sala de Medicação, ambulatório, são colocados nos hamperes dentro das salas de utilidades;
2. Equipe da higiene e limpeza realiza a coleta dos enxovais e armazena dentro dos carrinhos de coleta de roupa suja;
3. A coleta é realizada em horário pré-estabelecido, afim de não ocorrer cruzamento entre fluxo de coleta de materiais contaminados com um fluxo de distribuição de alimentos, da farmácia e de roupas limpas, sendo um fluxo unidirecional;
4. Após recolhimento de enxovais de todos dos setores, os mesmos são encaminhados para área suja da lavanderia.



161

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

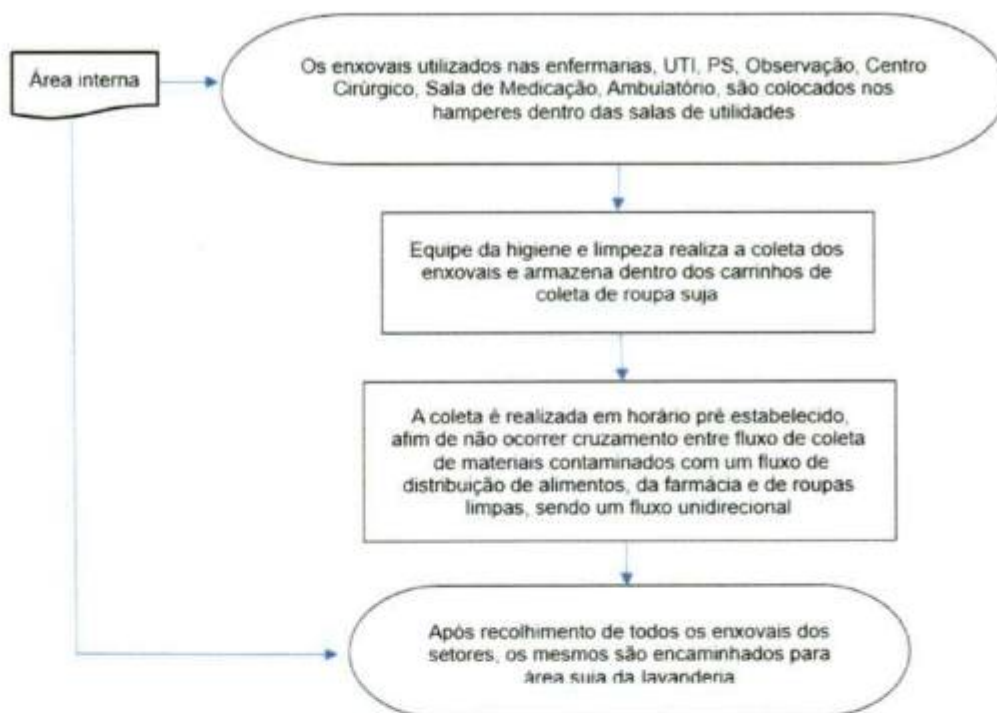


Figura 55 - Fluxograma do Fluxo de Coleta e Transporte da roupa suja

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO DE ENXOVAIS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

1. Enxovais embalados e organizados na rouparia prontos para distribuição;
2. Camareira condiona roupas dentro dos carrinhos de distribuição de roupa limpa e segue para distribuição nas unidades;
3. A distribuição é realizada em horário pré-estabelecido, afim, de não ocorrer cruzamento nos corredores com coleta de resíduos;
4. Caso haja necessidade de reposição dos enxovais, as unidades de internação entram em contato coma lavanderia solicitando reposição;
5. Após distribuição de todos os enxovais dos setores, retorna para a rouparia, camareiras retorna carrinho para lavanderia.



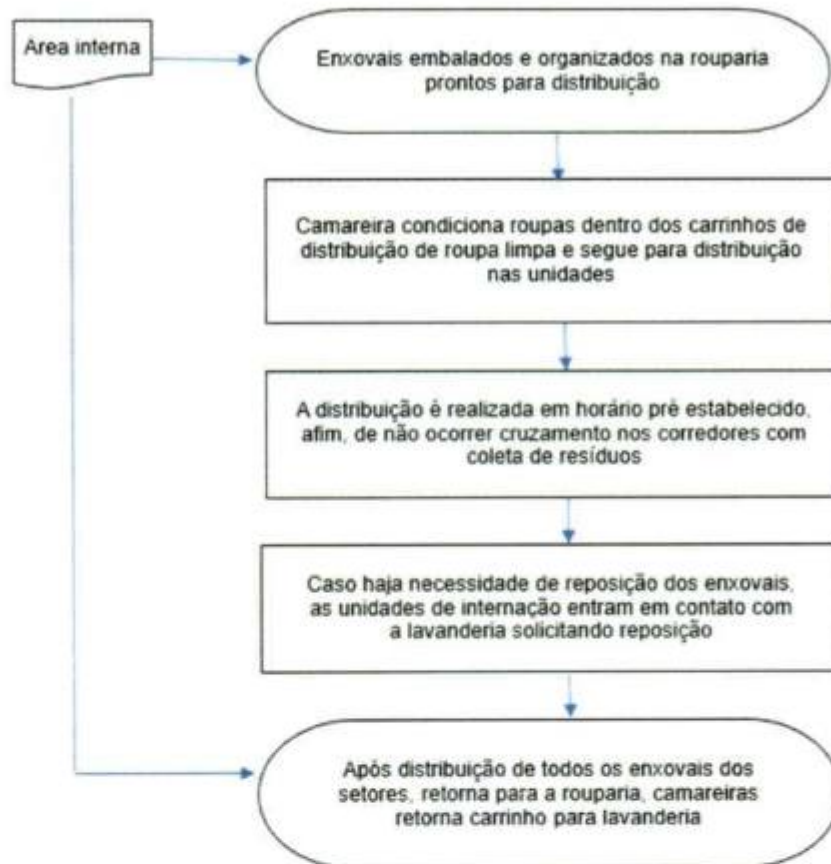


Figura 56 - Fluxograma de Distribuição de Enxovais nas Unidades de Internação

1.1.1.3 Fluxo Unidirecional de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

O Instituto de Planejamento e Gestão de Serviços Especializados (IPGSE), atenderá as normas vigente da RDC Nº 222 de 28 de março de 2018 e implantará o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS), o qual será acompanhado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, através de reuniões mensais, além de seguir a Resolução CONAMA 358/2005.

CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS

GRUPO A: Apresentar risco de infecção resíduos com a possível presença de agentes biológicos que por suas características, podem apresentar risco de infecção.



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

GRUPO C: Resíduos contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia. Esses resíduos não são gerados pela grande maioria dos estabelecimentos de assistência odontológica no Brasil.

GRUPO D: Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares ou comuns.

GRUPO E: Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como agulhas e lâminas de bisturi, contaminados ou não.

MANEJO DOS RESÍDUOS

O manejo dos resíduos de serviços de saúde deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:



Figura 57 - Ciclo Prévio de Resíduos



SEGREGAÇÃO

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

ACONDICIONAMENTO

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, e deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

IDENTIFICAÇÃO

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével.

TRANSPORTE INTERNO

Esta etapa consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com outras atividades e deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.



ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

TRATAMENTO

O tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (Desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

ARMAZENAMENTO EXTERNO

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS

Consistem na remoção do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas locais vigentes.



DISPOSIÇÃO FINAL

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

CLASSIFICAÇÃO DO RESÍDUOS DE SAÚDE



Figura 58 - Descrição de tipo de resíduos

FLUXO DE COLETA INTERNA DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Unidades geram os resíduos dos serviços de saúde.
2. Segregação é realizada assim que são gerados os resíduos;
3. Equipe de higienização das unidades geradoras realizam o recolhimento dos resíduos nos carros de coleta e armazenam na sala de utilidades/ expurgo;
4. Equipe de higienização/coleta realiza a coleta interna em horários pré-estabelecidos, utilizando os carros de coleta de material liso, rígido, lavável e impermeável, de forma que a capacidade do carro não seja ultrapassada para que seja realizado a vedação com a



tampa;

5. Os resíduos coletados são transportados até o abrigo externo de armazenamento temporário, são pesados e os dados são registrados em formulários específicos;
6. Os resíduos são acondicionados em bombonas com tampa, até a coleta externa ser realizada, em dias pré-definidos para posterior tratamento e destinação final.

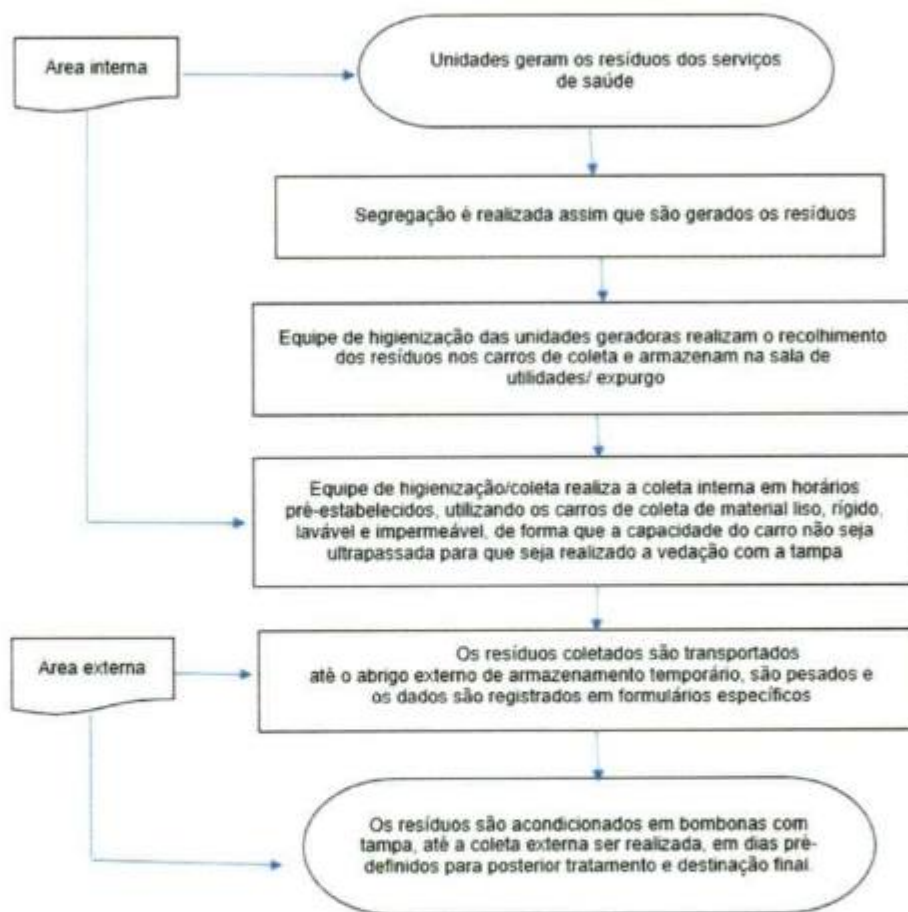


Figura 59 - Fluxograma de Coleta Interna dos Resíduos dos Serviços de Saúde

FLUXO DE COLETA EXTERNA DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Resíduos dos serviços de saúde (RSS) coletados e armazenados em bombonas no abrigo externo.
2. Os resíduos são separados por ambientes, sendo um para armazenar os coletores dos RSS

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

do Grupo A e do grupo E, ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo B e outro para o grupo D;

3. Todas as bombonas são constituídas de material liso, rígido, impermeável e resistente, de forma que a capacidade não seja ultrapassada para que seja realizado a vedação com a tampa;
4. Os resíduos do grupo e subgrupo A, são coletados conforme a demanda, sendo de responsabilidade de empresa terceirizada devidamente licenciada para essa atividade (incineração). Resíduos advindos de amostras biológicas e microbiológicas são descaracterizadas/auto clavadas e armazenadas em saco branco leitoso. As do subgrupo A não necessitam de tratamento prévio;
5. Os resíduos do grupo B são coletados conforme a demanda por empresa terceirizada para destinação final;
6. Os resíduos do grupo D, quando não encaminhados para reutilização, ou reciclagem, são coletados diariamente, sendo de responsabilidade do Serviço de Limpeza Urbana da Prefeitura Municipal e são transportados até o aterro controlado para destinação final;
7. Os resíduos do grupo E, são coletados conforme a demanda, sendo de responsabilidade de empresa terceirizada para destinação final (Incineração);
8. Ao final de todas as etapas (Tratamento e disposição final), a empresa terceirizada emite o certificado de comprovação.



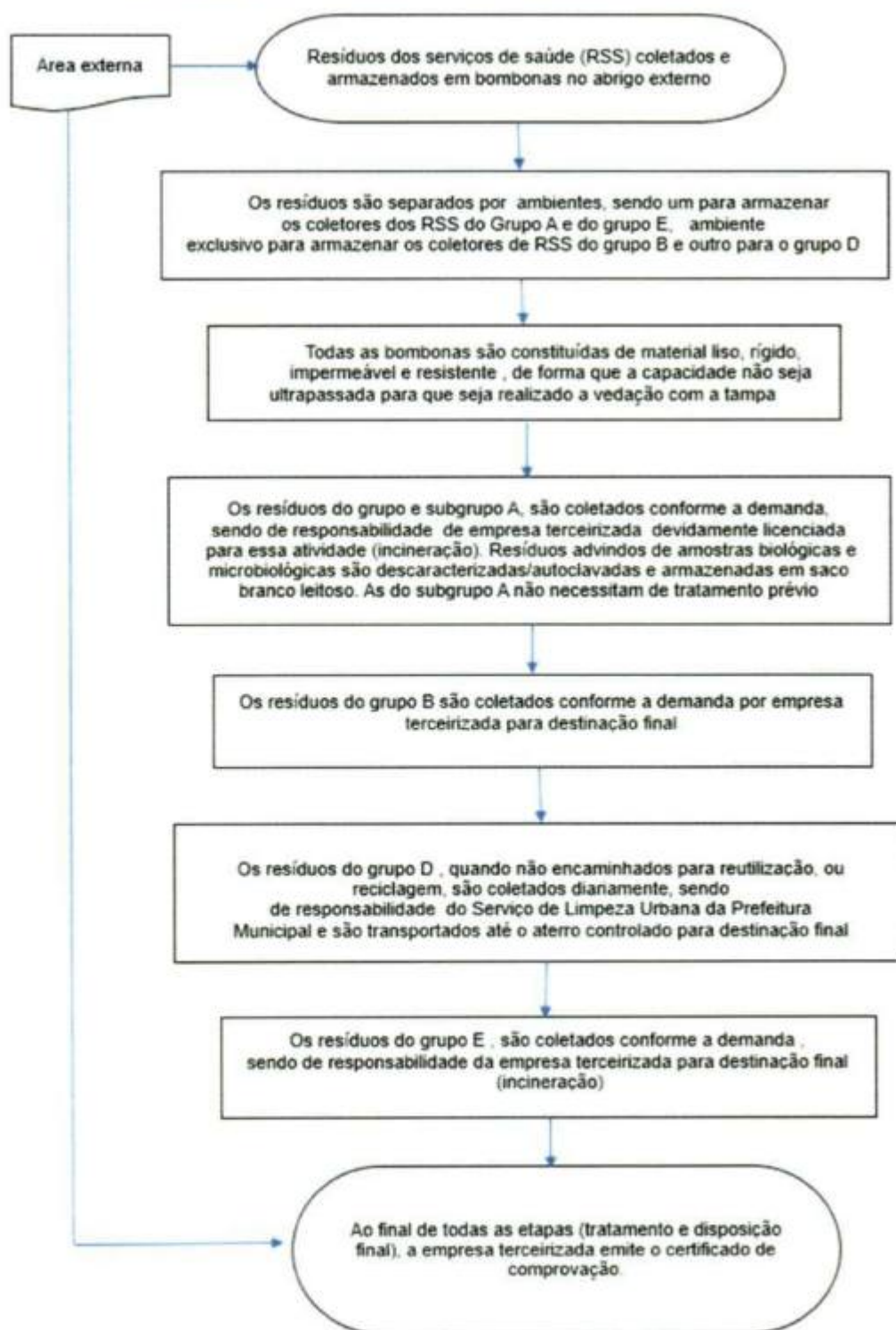


Figura 60 - Fluxograma de Coleta Externa dos Resíduos dos Serviços de Saúde

QUANTITATIVO/DIMENSIONAMENTO DE COLETORES DE RESÍDUOS

Para dimensionar o quantitativo de coletores de resíduos em uma unidade com 128 leitos e diferentes especialidades, são necessárias algumas considerações para a adequação do número e tipos de coletores. A quantidade de resíduos gerados depende de fatores como o tipo de unidade, número de atendimentos, especialidades e leitos ocupados. Vamos utilizar uma estimativa básica levando em consideração as particularidades de cada setor.

- 1. UTI e UCIN:** Geralmente, geram maior volume de resíduos infectantes e perfurocortantes devido ao uso contínuo de materiais médicos, além de resíduos comuns gerados por atividades administrativas.
- 2. ENFERMARIAS:** Pediatria, obstetrícia, enfermarias clínicas e cirúrgicas costumam gerar uma quantidade moderada de resíduos infectantes e perfurocortantes, além dos resíduos comuns.
- 3. SAÚDE MENTAL:** A enfermaria de saúde mental, deve priorizar resíduos comuns. Além disso os coletores de resíduos infectantes e perfurocortantes, devem ficar em acesso restrito, visando a segurança dos pacientes deste setor.
- 4. CENTRO CIRÚRGICO:** O centro cirúrgico é uma área crítica que gera grande quantidade de resíduos infectantes e perfurocortantes, além de resíduos químicos, dependendo dos tipos de materiais e medicamentos utilizados, e os resíduos comuns.
- 5. SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA:** A RPA, também gera resíduos hospitalares que precisam de um manejo adequado, especialmente devido ao contato direto com pacientes recém-saídos de cirurgias e procedimentos anestésicos. Isso inclui resíduos infectantes, perfurocortantes e resíduos comuns.
- 6. CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO:** A CME gera resíduos infectantes, perfurocortantes nas áreas sujas e de desinfecção e resíduos comuns relacionados ao preparo e esterilização de materiais. Além disso, é importante ter o coletor de perfuro cortante nas áreas sujas e de desinfecção para o descarte de itens que vem junto aos instrumentais, e na sala de preparo para o descarte de ampolas de teste biológico com resultado negativo.
- 7. SALA DE ESTABILIZAÇÃO VERMELHA E AMARELA:** São áreas críticas de emergência, onde são atendidos pacientes com diferentes níveis de gravidade. A sala vermelha destina-se a casos mais graves, enquanto a sala amarela lida com pacientes de risco intermediário. O manejo dos resíduos nessas áreas deve ser adequado à intensidade do uso de materiais contaminados, perfurocortantes e outros resíduos hospitalares. Na sala vermelha, onde são realizados procedimentos invasivos e intensivos, há um maior volume de resíduos infectantes e perfurocortantes devido ao uso frequente de materiais descartáveis. A sala



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

amarela também lida com casos que exigem intervenção, mas em menor grau de urgência que a sala vermelha, gerando resíduos semelhantes, porém em menor quantidade.

8. **SALA DE ACOLHIMENTO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:** Na sala de acolhimento é necessário um coletor de resíduo infectante, comum e perfurocortante.
9. **SALA DE OBSERVAÇÃO:** Sala de observação pode ter um volume variável de resíduos, dependendo da quantidade de atendimentos e procedimentos realizados.
10. **AMBULATÓRIO/CONSULTÓRIO MULTIPROFISSIONAIS:** Menor geração de resíduos infectantes, mas deve-se considerar a geração de resíduos perfurocortantes em procedimentos e comum gerados por atividades administrativas.
11. **SALA DE ELETROCARDIOGRAMA:** A maioria dos resíduos gerados aqui são comuns, como papéis e plásticos. Pode haver geração mínima de resíduos biológicos caso haja uso de eletrodos descartáveis ou contato com secreções.
12. **SALA DE CURATIVO:** Essa área gera resíduos infectantes e perfurocortantes devido ao manuseio de materiais contaminados e objetos perfurantes, além do resíduo comum.
13. **SALA DE MEDICAÇÃO E NEBULIZAÇÃO:** Na sala de medicações são utilizados medicamentos e materiais que geram resíduos comuns e perfurocortantes. Na nebulização podem ser gerados resíduos infectantes devido ao contato com pacientes.
14. **ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA:** É uma área que, em geral, gera resíduos comuns, e uma quantidade mínima de resíduos biológicos.
15. **CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO:** É uma unidade que realiza testagens para doenças transmissíveis, como HIV, sífilis e hepatites, além de fornecer aconselhamento e orientação. Nesse tipo de unidade, há a geração de resíduos biológicos, perfurocortantes e resíduos comuns. O correto manejo dos resíduos é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais.
16. **LABORATÓRIO:** Laboratórios geram resíduos comuns, resíduos infectantes e químicos no descarte de reagentes, além de resíduos perfurocortantes, especialmente em áreas de coleta de sangue e análises clínicas.
17. **FARMÁCIA CENTRAL/CENTRO DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF:** A farmácia é um ponto crítico para o descarte correto de resíduos de medicamentos e embalagens, que podem se enquadrar no Grupo B (Resíduos químicos) e Grupo D (Resíduos comuns), além dos perfurocortantes em casos de vencimento. A farmácia central, lida com o armazenamento, separação e distribuição de medicamentos, gerando principalmente resíduos de embalagens e, ocasionalmente, medicamentos vencidos ou produtos com falhas de fabricação. O CAF é responsável pela recepção e controle dos medicamentos que entram no hospital, e gera resíduos similares aos da farmácia central.
18. **ALMOXARIFADO:** O almoxarifado é onde ficam armazenados diversos materiais, incluindo insumos médicos e administrativos, que geram resíduos comuns.



19. **FARMÁCIAS SATÉLITES:** A Farmácia Satélite, que serve setores específicos do hospital (como UTIs, pronto socorro e centro cirúrgico), gera resíduos comuns, perfurocortantes para descarte de ampolas ou frasco-ampolas vencidos ou quebrados e, em menor escala, resíduos químicos, que são os medicamentos em comprimido vencidos ou com embalagem danificada.
20. **SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO:** As áreas do SADT (radiologia, ultrassonografia, tomografia, etc.) podem gerar resíduos químicos e infectantes, além de resíduos comuns.
21. **NECROTÉRIO/MORGUE:** Nessa área é necessário a presença de coletor de resíduo comum e infectante pois é uma etapa crucial para garantir a segurança, a saúde pública e a conformidade com as normas ambientais.
22. **ÁREA ADMINISTRATIVA GERAL (RECEPÇÃO, SALA DE REUNIÃO, SALA DE ESTUDOS DOS ACADÊMICOS, AUDITÓRIO, OUVIDORIA, FATURAMENTO, ESTATÍSTICA, RECURSOS HUMANOS, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE, DIRETORIAS, GERÊNCIAS, COORDENAÇÕES):** A recepção de uma unidade hospitalar é uma área de grande circulação de pacientes, visitantes e colaboradores. Nessa área, os resíduos gerados são predominantemente comuns, como papéis, copos descartáveis e embalagens, além de recicláveis. O dimensionamento dos coletores deve considerar o fluxo de pessoas e a necessidade de manter o ambiente limpo e organizado. A localização dos coletores será de forma estratégica, próxima às áreas de maior circulação, como ao lado de assentos e próximo ao balcão de atendimento, além de estarem claramente identificados.

Em salas de reunião, os resíduos gerados são geralmente papéis, copos descartáveis, e materiais de escritório. Nas salas de estudo dos acadêmicos, são os resíduos comuns de materiais de escritório

O auditório é uma área de maior circulação de pessoas durante eventos e reuniões, gerando principalmente resíduos comuns e recicláveis. A ouvidoria gera principalmente resíduos administrativos, como papéis e materiais de escritório.

Os setores de faturamento e estatística, geram um volume elevado de papéis e materiais administrativos. Áreas como RH, diretoria, gerência e coordenação, geram resíduos administrativos, como papéis, embalagens de material de escritório.

23. **ÁREA ADMINISTRATIVA- NHE, SCIRAS E SESMT:** São áreas administrativas com geração de resíduos comuns.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

24. **ÁREAS COMUNS:** São as áreas de encontro dos setores, o qual possui movimentação de colaboradores, pacientes, acompanhantes e visitantes, sendo necessário coletores de resíduo comum e reciclável.
25. **ÁREA DE APOIO- LAVANDERIA:** A lavanderia hospitalar lida com roupas de diversas áreas, incluindo lençóis, aventais e outras roupas contaminadas de setores como UTI, salas cirúrgicas e enfermarias, o que exige um gerenciamento adequado dos resíduos gerados no processo. A coleta inclui resíduos comuns, infectantes, químicos e perfurocortantes na área suja, e comuns nas demais áreas.
26. **ÁREA DE APOIO: REFEITÓRIO:** O refeitório hospitalar gera principalmente resíduos orgânicos, comuns e recicláveis.
27. **ÁREA DE APOIO: SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA- SND:** Gera principalmente resíduos orgânicos, comuns e recicláveis, incluindo restos de alimentos, embalagens de comida e resíduos relacionados ao preparo das refeições.
28. **ÁREA DE APOIO: LACTÁRIO:** Geram resíduos comuns.
29. **ÁREA EXTERNA:** Envolve espaços como estacionamentos, jardins, áreas de carga e descarga, além de locais de acesso para pacientes, visitantes e colaboradores. A geração de resíduos nesses espaços é predominantemente de resíduos comuns, recicláveis e, em menor escala, resíduos orgânicos. Área disso, estacionamento e jardins geram resíduos relacionados ao fluxo de pessoas e à manutenção externa, como papéis, plásticos, restos de alimentos e resíduos provenientes da jardinagem. Áreas de carga e descarga, onde ocorrem entregas e recebimento de insumos, também geram resíduos comuns e recicláveis, principalmente relacionados a embalagens. As áreas de entrada de pacientes, acompanhantes e visitantes, o volume de resíduos é gerado principalmente por papéis, embalagens de alimentos e copos descartáveis.
30. **ABRIGO DE RESÍDUOS INTERNO TEMPORÁRIO/SALA DE UTILIDADES/ EXPURGO:** Nos abrigos internos (salas restritas destinadas para o abrigo interno temporário de resíduos para coleta em horários pré-definidos) os coletores devem ser proporcionais à produção de resíduos e à frequência de coleta.
31. **ABRIGO DE RESÍDUOS EXTERNO TEMPORÁRIO:** Nos abrigos externos (locais de armazenamento temporário antes da coleta externa), o dimensionamento vai contemplar a produção diária de resíduos e a frequência de coleta por empresa terceira contratada para a destinação final.



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
UTI I E II - SENDO 10 LEITOS CADA	10	50	Infectante - Tipo A	MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUOS
	1*	50		
	4	50	Comum - Tipo D	INFECTANTE PARA CADA 02 LEITOS, E 01 COMUM PARA CADA 5 LEITOS, 01 PERFUROCORTANTE PARA CADA 5 LEITOS.
	1*	100		
	1**	50		
		4	7	Perfurocortante - Tipo E
1*	13			
UCIN - 02 LEITOS	1	30	Infectante - Tipo A	MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUOS
	1	30	Comum - Tipo D	
	1	5	Perfurocortante - Tipo E	INFECTANTE PARA CADA 02 LEITOS.
ENFERMAIRA PEDIÁTRICA CLÍNICA E CIRÚRGICA - 5 LEITOS CLÍNICOS E 01 LEITO CIRÚRGICO	1*	30	Infectante - Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM
	1	30	Comum - Tipo D	
	1*	30		
	1*	5	Perfurocortante - Tipo E	
ENFERMARIA OBSTÉTRICA E SALA DE PRÉ PARTO - 11 LEITOS	11*	50	Infectante - Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM
	11	50	Comum - Tipo D	
	1*	100		
	1*	13	Perfurocortante - Tipo E	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM E INFECTANTE PARA CADA LEITO
ENFERMARIA ADULTO CLÍNICO - 34 LEITOS	7	50	Infectante - Tipo A	
	1*	100		
	1***	50		
	7	50	Comum - Tipo D	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
	1*	100	Perfurocortante - Tipo E	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM ***1 COLETOR PARA CADA ANTESALA DOS LEITOS DE ISOLAMENTO MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM E INFECTANTE PARA CADA 4 LEITOS
	1***	50		
	1*	20		
ENFERMARIA CIRÚRGICA – 45 LEITOS	10	50	Infectante – Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM ***1 COLETOR PARA CADA ANTESALA DOS LEITOS DE ISOLAMENTO MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM E INFECTANTE PARA CADA 4 LEITOS
	1*	100		
	1***	50		
	10	50	Comum – Tipo D	
	1*	100		
	1***	50		
	1*	20	Perfurocortante - Tipo E	
ENFERMARIA SAÚDE MENTAL – 10 LEITOS	1*	100	Infectante – Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM/ACESSO RESTRITO ***1 COLETOR PARA ANTESALA DO LEITO DE ISOLAMENTO MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM PARA CADA 5 LEITOS
	2	50	Comum – Tipo D	
	1*	100		
	1***	50		
		1*	13	
CENTRO CIRÚRGICO – 05 SALAS	5	100	Infectante – Tipo A	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM,
	7	100	Comum – Tipo D	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
CIRÚRGICAS E 01 SALA DE ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS ESTÉREIS	5	20	Perfurocortante – Tipo E	INFECTANTE E QUIMICO PARA CADA SALA.
	5	20	Químicos – Tipo B	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM NO POSTO DE ENFERMAGEM E 01 NA SALA DE ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS ESTÉREIS 01 COLETOR PERFUROCORTANTE PARA CADA BANCADA DE PROCEDIMENTO
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	1	50	Infectante – Tipo A	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM E INFECTANTE.
	2	50	Comum – Tipo D	
	1	5	Perfurocortante – Tipo E	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM NO POSTO DE ENFERMAGEM 01 COLETOR PERFUROCORTANTE PARA BANCADA DE MEDICAÇÃO
CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO	2	100	Infectante – Tipo A	01 COLETOR DE RESÍDUO INFECTANTE PARA ÁREA SUJA E 01 PARA DESINFECÇÃO.
	3	100	Comum – Tipo D	
	2	5	Perfurocortante – Tipo E	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM PARA ÁREA SUJA, 01 PARA ÁREA DE DESINFECÇÃO, 01 PARA ÁREA DE



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
				PREPARO E 01 PARA ARSENAL. 01 COLETOR PERFUROCORTANTE PARA ÁREA SUJA (PERFUROS ESQUECIDOS EM MEIO AOS INSTRUMENTAIS) E 01 PARA ÁREA LIMPA (PARA AMPOLAS DE TESTES BIOLÓGICOS COM RESULTADO NEGATIVO)
SALA DE ESTABILIZAÇÃO VERMELHA - 02 LEITOS	1*	100	Infectante - Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM **COLETORES ALOCADOS ENTRE LEITOS
	1**	50		
	1*	100	Comum - Tipo D	
	1**	50		
	1*	20	Perfurocortante - Tipo E	
SALA DE ESTABILIZAÇÃO AMARELA - 04 LEITOS	1*	100	Infectante - Tipo A	*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM **COLETORES ALOCADOS ENTRE LEITOS
	2**	50		
	1*	100	Comum - Tipo D	
	2**	50		
	1*	20	Perfurocortante - Tipo E	
SALA DE ACOLHIMENTO/ CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	100	Infectante - Tipo A	
	1	100	Comum - Tipo D	
	1	13	Perfurocortante - Tipo E	
SALA DE OBSERVAÇÃO - 10 LEITOS	2	50	Infectante - Tipo A	
	2*	100		
	2	50	Comum - Tipo D	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
	1*	100		*COLETORES ALOCADOS NO POSTO DE ENFERMAGEM MÉDIA DE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM E INFECTANTE PARA CADA 5 LEITOS
	2*	13	Perfurocortante – Tipo E	
AMBULATÓRIO – 10 CONSULTÓRIOS MULTIPROFISSIONAIS	10	50	Infectante – Tipo A	01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM, INFECTANTE E PERFUROCORTANTE PARA CADA CONSULTÓRIO *COLETORES ALOCADOS NA SALA DE ACOLHIMENTO
	1*	100		
	1*	50	Comum – Tipo D	
	1*	100	Comum – Tipo D	
	10	7	Perfurocortante – Tipo E	
1*	13			
SALA DE ELETROCARDIOGRAMA	1	20	Infectante – Tipo A	-
	1	50	Comum – Tipo D	
SALA DE CURATIVO	1	30	Infectante – Tipo A	-
	1	30	Comum – Tipo D	
	1	5	Perfurocortante – Tipo E	
SALA DE MEDICAÇÃO/NEBULIZAÇÃO	1	30	Infectante – Tipo A	-
	1	30	Comum – Tipo D	
	1	5	Perfurocortante – Tipo E	
ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS	1	30	Infectante – Tipo A	-
	1	50	Comum – Tipo D	
CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)	4	30	Infectante – Tipo A	01 COLETOR DE INFECTANTE, COMUM E PERFUROCORTANTE PARA CADA SALA
	4	30	Comum – Tipo D	
	4	5	Perfurocortante – Tipo E	
LABORATÓRIO	5	30	Infectante – Tipo A	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
	8	30	Comum - Tipo D	01 COLETOR DE PERFUROCORTANTE POR BANCADA DE COLETA 01 COLETOR DE INFECTANTE POR BANCADA DE MANIPULAÇÃO 01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA REAGENTES
	5	20	Perfurocortante - Tipo E	
	1	20	Químicos - Tipo B	
FARMÁCIA CENTRAL/CAF	10	50	Comum - Tipo D	01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA MEDICAMENTOS VENCIDOS NA CAF E NA FARMÁCIA CENTRAL E 01 DE PÉRFUROCORTANTE EM CADA PARA DESCARTE DE AMPOLAS, FRASCO AMPOLAS VENCIDOS OU QUEBRADOS.
	2	13	Perfurocortante - Tipo E	
	2	20	Químicos - Tipo B	
ALMOXARIFADO	5	100	Comum - Tipo D	-
FARMÁCIAS SATÉLITES: CENTRO CIRÚRGICO, UTI E PRONTO SOCORRO	3	100	Comum - Tipo D	01 COLETOR DE RESIDUOS QUÍMICOS PARA MEDICAMENTOS VENCIDOS EM CADA FARMÁCIA SATÉLITE E 01 DE PÉRFUROCORTANTE EM CADA PARA DESCARTE DE AMPOLAS, FRASCO AMPOLAS, AGULHAS,
	3	13	Perfurocortante - Tipo E	
	3	20	Químicos - Tipo B	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
				LÂMINAS DE BISTURI VENCIDOS OU QUEBRADOS.
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT: ULTRASSOM, RAIOS-X E TOMOGRAFIA	4	30	Infectante - Tipo A	01 COLETOR DE RESÍDUOS QUÍMICOS PARA REAGENTES
	5	30	Comum - Tipo D	
	1	5	Perfurocortante - Tipo E	
	1	20	Químicos - Tipo B	
NECROTÉRIO/MORGUE	1	30	Infectante - Tipo A	-
	1	30	Comum - Tipo D	
ÁREA ADMINISTRATIVA: RECEPÇÃO, SALA DE REUNIÃO, SALA DE ESTUDOS DOS ACADÊMICOS, AUDITÓRIO, OUVIDORIA, FATURAMENTO, ESTATÍSTICA, RECURSOS HUMANOS, QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE, DIRETORIAS, GERÊNCIAS E COORDENAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS	30*	50	Comum - Tipo D	*MÉDIA OS COLETORES PARA METAIS FICARÃO DISPOSTOS NAS RECEPÇÕES E NA ÁREA ADMINISTRATIVA DA DIREÇÃO
	30*	50	REICLÁVEL	
	4	50	METAIS	
	3	30	Comum - Tipo D	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
ÁREA ADMINISTRATIVA: SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE- SCIRAS NÚCLEO HOSPITALAR EPIDEMIOLÓGICO – NHE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - SESMT	3	30	RECICLÁVEL	01 COLETOR PARA RESÍDUO COMUM E RECICLÁVEL NO SCIRAS 01 COLETOR PARA RESÍDUO COMUM E RECICLÁVEL NO NHE 01 COLETOR DE RESÍDUO COMUM, E RECICLÁVEL NO SESMT
ÁREAS COMUM: FINAL DAS RAMPAS DE ACESSO AOS SETORES	20*	50	Comum – Tipo D	*MÉDIA
	20*	50	RECICLÁVEL	
ÁREA DE APOIO: LAVANDERIA	3	100	Comum – Tipo D	COLETORES PARA RESÍDUOS INFECTANTES, QUÍMICOS E PERFUROCORTANTE FICARÃO DISPOSTOS NA ÁREA SUJA PARA DESCARTE DE PRODUTOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE LAVAGEM E MATERIAIS COMO AGULHAS,
	1	100	Infectante – Tipo A	
	1	13	Perfurocortante – Tipo E	
	1	100	Químicos – Tipo B	



DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
				LÂMINAS, ENVOLTOS EM ENXOVAIS QUE TENHAM SIDO MISTURADOS INADVERTIDAMENTE.
ÁREA DE APOIO: REFEITÓRIO	1	250	Comum - Tipo D	-
	1	250	ORGÂNICO	
	1	250	REICLÁVEL	
ÁREA DE APOIO: SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)	7*	100	Comum - Tipo D	*MÉDIA
	7*	100	ORGÂNICO	
	2*	100	REICLÁVEL	
ÁREA DE APOIO: LACTÁRIO	1	50	Comum - Tipo D	-
ÁREA EXTERNA	1	50	Comum - Tipo D	-
ÁREAS DE ABRIGO INTERNO TEMPORÁRIO/ SALA DE UTILIDADES/ EXPURGO	2*	250	Comum - Tipo D	SALAS RESTRITAS DESTINADAS PARA O ABRIGO INTERNO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS PARA COLETA EM HORÁRIOS PRÉ DEFINIDOS *MÉDIA POR SALAS DE ABRIGO INTERNO TEMPORÁRIO DISTRIBUIDOS EM SETORES COMO: UTI'S, CENTRO CIRÚRGICO, ENFERMARIAS, EMERGÊNCIA ETC. **O COLETOR DE RESÍDUO PERFUROCORTANTE DEVE FICAR
	2*	250	Infectante - Tipo A	
	2*	250	REICLÁVEL	
	1**	-	Perfurocortante - Tipo E	

DISTRIBUIÇÃO DE LIXEIRAS POR SETOR E TIPO

Setor	Quant.	Capacid. (Litros)	Tipo	Observações:
				SOBREPOSTO À BANCADAS DE INOX DEVIDAMENTE IDENTIFICADO E LACRADO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DA CAPACIDADE, SENDO MANUSEADAS PELAS ALÇAS.
ABRIGO DE RESÍDUOS EXTERNO TEMPORÁRIO	3*	CONTÊINERES DE 1000 LITROS	Comum - Tipo D	*MÉDIA
	3*	CONTÊINERES DE 1000 LITROS	Infectante - Tipo A	
	3*	CONTÊINERES DE 1000 LITROS	RECICLÁVEL	
	3*	CONTÊINERES DE 1000 LITROS	Perfurocortante - Tipo E	
	1*	CONTÊINER DE 250LITROS	Químicos - Tipo B	

Tabela 21 - Dimensionamento de Lixeiras HEJ

Esse dimensionamento leva em consideração a diversidade de resíduos gerados em cada área, garantindo a segurança e a conformidade com as normas sanitárias. Assim, essa estrutura garante que os resíduos sejam gerenciados de forma segura, respeitando as características de cada setor da unidade hospitalar.



É importante salientar que, todos os coletores vão possuir identificação clara escrita e com imagens e todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes e visitantes serão devidamente orientados para o descarte correto dos resíduos.

1.1.2 Implantação de Gestão

1.1.2.1 Implantação da Logística de Suprimentos

O IPGSE propõe a implantação de uma solução de logística integrada para a gestão e distribuição de insumos, medicamentos e materiais no Hospital com o objetivo de assegurar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, considerando a redução de custos de acordo com os recursos disponíveis.

A proposta visa a melhoria dos processos de compras, recebimento, armazenagem, produção (fracionamento/preparo), separação, transporte, distribuição e dispensação, ou seja, de toda a cadeia de suprimentos, desde o início do processo até o seu consumo ou administração junto ao paciente.

A gestão do abastecimento do IPGSE é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial, garantindo a continuidade do cuidado e a qualidade de acordo com as condições orçamentárias estabelecidas. A gestão de estoques é primordial, para que haja uma decisão assertiva do que pedir, quanto e quando pedir, estabelecendo assim uma margem de estoque segura para que não haja falta de insumos, garantindo uma gestão eficiente evitando grandes volumes de estoque, pois este representa um capital parado. A grande dificuldade da gestão de materiais é garantir que o item, seja material ou medicamento, chegue ao ponto de consumo, no momento certo, na quantidade e apresentação correta, com a devida segurança e rastreabilidade. Dessa forma, é necessário a integração de todas as atividades, com intuito na redução dos custos e aprimoramento da eficiência, através de bom relacionamento com fornecedores.

É função do setor de suprimentos gerenciar todos os estoques assegurando o abastecimento de todos os insumos, materiais e medicamentos necessários para garantir a otimização dos recursos humanos; redução de compras, de perdas e de saldo imobilizado em inventário; maior segurança do paciente; agilidade no abastecimento com a redução de sub estoques e a padronização insumos de acordo com a racionalização dos recursos.



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

A gestão de estoque está diretamente relacionada à farmácia que por sua vez contribui na padronização e racionalização dos insumos, materiais hospitalares e medicamentos. Devido ao alto custo financeiro que é atribuído à realização das atividades assistenciais, existe grandes desafios como:

Diversidade de materiais e medicamentos para atender a demanda hospitalar, exigindo ferramentas apropriadas para garantir o equilíbrio dos estoques. Dentre as ferramentas cita-se a implantação de um sistema de gestão eletrônico, onde é possível, em tempo real, controlar as características do processo de distribuição, como as entradas e saídas, transferências entre estoques, permitindo a geração de relatórios com ponto de pedido, estoque máximo e estoque mínimo.

Demanda irregular, aliada a imprevisibilidade do número de pacientes e período de internação. Sendo necessário o conhecimento do perfil epidemiológico juntamente com análise apurada dos históricos de consumo, para se compreender a demanda da Unidade, utilizando também técnicas adequadas de gestão de estoques. Uma total otimização dos processos logísticos intra-hospitalar promove a redução de custos, previne falhas, fornece subsídios para a qualidade da assistência hospitalar e estimula o consumo racional de insumos entregando dessa forma excelência nos serviços prestados.

PLANEJAMENTO DA AQUISIÇÃO

O setor de suprimentos desempenha um papel fundamental no planejamento e aquisição de medicamentos, materiais e insumos hospitalares. Para garantir a eficiência nesse processo, utilizamos ferramentas avançadas de gerenciamento de estoque, auxiliando os setores solicitantes na tomada de decisões quanto ao que, quando e em que quantidade adquirir. Do ponto de vista econômico, aplicamos a análise da curva ABC de consumo, que nos permite realizar uma gestão diferenciada dos itens com base em seu valor. A classificação é feita da seguinte forma:

CLASSE A: Compreende 20% dos itens em estoque, que correspondem a 80% do valor total do estoque. Este é o grupo de maior importância, exigindo análise detalhada e constante, devido à sua alta representatividade no valor total do estoque.

CLASSE B: Engloba 30% dos itens em estoque, representando 15% do valor total. Esses itens possuem uma importância moderada e requerem acompanhamento regular, pois têm uma boa margem de saída e impacto significativo no fluxo de caixa.



CLASSE C: Constitui 50% dos itens em estoque, mas representa apenas 5% do valor total. Embora sejam de menor importância em termos de movimentação e valor, esses itens demandam atenção contínua para garantir a manutenção adequada do estoque e controlar os custos associados.

Essa classificação permite que o setor de suprimentos concentre seus esforços nos itens que realmente impactam o valor do estoque, assegurando uma gestão mais eficiente e econômica dos recursos hospitalares.

Do ponto de vista do usuário, aplicamos a curva XYZ de criticidade para avaliar a importância de cada item em termos de sua essencialidade. A classificação é feita da seguinte forma:

GRUPO X: Itens de baixa criticidade, cuja falta não impede a continuidade das atividades e podem ser facilmente substituídos.

GRUPO Y: Itens de criticidade média, cuja ausência pode causar transtornos consideráveis na execução das atividades, embora possam ser substituídos com algum impacto.

GRUPO Z: Itens de alta criticidade, considerados vitais. A falta desses itens pode levar a consequências graves, incluindo a interrupção completa das atividades.

A metodologia PVPS (Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair) é um princípio fundamental no planejamento de estoque, garantindo que os produtos sejam utilizados de forma eficiente e dentro do prazo de validade. Esta abordagem se baseia na análise criteriosa da data de validade dos produtos, independentemente do momento em que foram recebidos na unidade hospitalar, priorizando a dispensação dos itens com vencimento mais próximo.

A eficácia do método PVPS depende de duas conferências essenciais:

CONFERÊNCIA INICIAL:

Realizada no momento do recebimento dos produtos, assegura que todos os itens sejam registrados com suas respectivas datas de validade, permitindo um controle rigoroso desde a entrada no estoque.



CONFERÊNCIA PERIÓDICA:

Envolve a revisão contínua das datas de validade dos produtos em estoque, garantindo que os itens próximos do vencimento sejam identificados e priorizados para uso, evitando perdas desnecessárias.

A aplicação consistente dessa metodologia não só assegura que os produtos sejam utilizados dentro do prazo de validade, como também reduz significativamente as perdas por vencimento. Além disso, a PVPS permite a identificação antecipada dos itens que estão prestes a expirar, possibilitando a reposição oportuna dos estoques e evitando interrupções no fornecimento. Dessa forma, o método PVPS se torna uma ferramenta estratégica no planejamento de aquisições, contribuindo para a otimização dos recursos e a segurança no abastecimento de produtos essenciais para a operação hospitalar.

Relatórios gerados com o auxílio do sistema informatizado que apresentam dados como: média diária e mensal, saldo do estoque atual e projeção de quantidade de dias que atende à demanda e quantidade pendente a ser entregue. Com esses dados em mãos é possível calcular a quantidade a ser solicitada, levando em consideração o lead time de entrega, através do cálculo descrito abaixo:

Quantidade a solicitar = Média diária x 75 (dias) – Saldo estoque atual – Quantidade Pendente

Para garantir um controle de estoque verdadeiramente eficiente, é essencial adotar uma abordagem diferenciada, tratando cada item de acordo com seu grau de relevância e criticidade para a organização. Nem todos os itens possuem a mesma importância; portanto, o gerenciamento deve ser baseado em uma análise criteriosa que considere a relevância estratégica de cada produto. Essa diferenciação permite identificar com precisão quais itens são indispensáveis e devem ser mantidos continuamente em estoque, e quais, em caso de falta, não comprometem as operações diárias da instituição.

No contexto do Instituto IPGSE, o setor de compras desempenha um papel crucial ao conduzir negociações estratégicas, contando com o suporte de uma plataforma digital de compras moderna e eficiente. Essa tecnologia avançada possibilita uma série de vantagens operacionais, incluindo a redução significativa do tempo de ressuprimento, a otimização dos níveis de estoque, e a automação de processos, tornando o fluxo de trabalho mais ágil e preciso.

A utilização dessa plataforma digital transforma o processo de compras, permitindo que a organização não apenas responda rapidamente às necessidades emergentes, mas também



mantenha um controle rigoroso sobre os recursos disponíveis, assegurando que os itens críticos estejam sempre à disposição, ao mesmo tempo que minimiza os custos associados ao excesso de estoque. Dessa forma, o setor de compras do IPGSE não só aprimora a eficiência operacional, mas também fortalece a capacidade da instituição de manter um fornecimento contínuo e seguro de materiais essenciais.

TIPOS DE AQUISIÇÃO

As aquisições possuem diferentes características que as diferenciam, permitindo a utilização de cada uma de acordo com o grau de necessidade, sendo elas:

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE:

Aquisição de itens padronizados que possuem consumo mensal, ou seja, de consumo constante.

COMPRA EVENTUAL:

Aquisição de itens de consumo esporádico, incluindo os itens não padrão e não mantém estoque.

COMPRA DE PEQUENA MONTA:

Aquisição de produtos com valor mensal limitado estabelecido pelo IPGSE. Sendo uma modalidade de compra emergencial de itens que podem comprometer as rotinas da Unidade.

COMPRA DE URGÊNCIA:

Aquisição de produtos de maior valor, de caráter emergência, ocasionada por alguma imprevisibilidade e que provoca prejuízo nas rotinas das assistências.

FORMAS DE AQUISIÇÃO

Compete ao setor de compras definir qual meio de formalização será utilizado para realizar a aquisição, sendo elas:



ORDEM DE COMPRAS:

Documento formal elaborado pelo IPGSE que tem o papel de oficializar a compra de itens com os fornecedores, regulamentando a relação entre elas.

CONTRATO:

É um acordo que gera obrigações entre as partes, e que obriga o fornecedor a oferecer o produto, serviço ou resultado especificado e o comprador a pagar por ele, estabelecendo por meio de cláusulas as condições de fornecimento em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os Princípios da Teoria Geral de Contratos.

CADASTRO DE FORNECEDORES

A avaliação criteriosa de fornecedores é uma etapa essencial na gestão de suprimentos, permitindo uma análise aprofundada da capacidade de cada fornecedor em abastecer insumos e serviços de forma consistente e confiável. Considerando a vasta gama de fornecedores disponíveis no mercado, torna-se indispensável a seleção das opções que não apenas atendam aos requisitos de qualidade, mas que também ofereçam prazos de entrega compatíveis com as necessidades operacionais, preços competitivos e aderência às exigências legais e normativas do setor. Além disso, é fundamental que os fornecedores selecionados contribuam para a agilidade, eficiência, economia e segurança das operações, garantindo que todos os processos estejam alinhados com as diretrizes rigorosas estabelecidas pela ANVISA, especialmente no que tange à produção, armazenamento e transporte de medicamentos e insumos farmacêuticos. Essa abordagem não apenas assegura a continuidade e a qualidade das operações, mas também fortalece a capacidade da organização em manter altos padrões de serviço e conformidade regulatória. O cadastro de fornecedores ocorre mediante a documentação descrita a seguir:

- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) – Obrigatório;
- Inscrição Estadual;
- Contrato social com as alterações ou Estatuto (Se houver);
- Alvará de funcionamento – Obrigatória;
- Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária (Renovação anual) – Obrigatória;

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal (Renovação anual) – Obrigatória.
- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais.

O relacionamento com os fornecedores deve ser pautado em um rigoroso profissionalismo e transparência, seguindo as melhores práticas de mercado para fortalecer as parcerias comerciais de forma sustentável. Além de uma avaliação criteriosa da conduta do fornecedor, que deve incluir não apenas aspectos técnicos e operacionais, mas também a aderência a princípios éticos e de compliance, é essencial para prevenir falhas no abastecimento que possam comprometer as rotinas administrativas e assistenciais. No contexto atual, o IPGSE exige a adoção de uma postura irrepreensível, que integre moralidade, ética, legalidade e transparência em todas as interações, garantindo que todas as atividades estejam em conformidade com as leis e regulamentos vigentes, e que os fornecedores compartilhem desse compromisso. A incorporação de práticas robustas de compliance assegura não apenas a mitigação de riscos, mas também o alinhamento das operações com os valores da organização, promovendo a integridade e a confiança mútua nas relações comerciais.

PROCESSO DE AQUISIÇÃO

O objetivo do setor de compras é buscar o atendimento às necessidades de produtos (ou serviços), conforme os requisitos de qualidade estabelecidos pelo processo produtivo, no tempo correto, com os melhores preços e condições de pagamento. Cada organização realiza essa função segundo as normas internas, controladas pela administração superior. O IPGSE possui o Regulamento Próprio para Compras e Contratação de Serviços e Obras, que detalha do subsistema de Compras, incluindo a métrica para seleção de fornecedores, modo de aquisição de materiais e medicamentos.

O setor de compras inicia o processo de aquisição através do recebimento da solicitação de compras elaborada pelo setor solicitante e com as devidas aprovações junto ao setor de suprimentos e diretoria administrativa. Os dados mencionados na solicitação devem orientar o processo de aquisição quanto aos tipos de aquisição para a correta manutenção de estoque de segurança.

É realizado oficialmente a abertura do processo de compras com a elaboração da carta cotação e publicação no portal da Transparência Institucional ou Diário Oficial, exceto compra emergencial. Independente dos tipos de aquisição segue os próximos passos. A solicitação de compras é inserida na plataforma de apoio ou via e-mail começando as cotações. Após, são



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

avaliadas as propostas, documentações e o prazo de entrega. Atendendo a necessidade, é emitido a Ordem de Compra, está por sua vez, será válida posteriormente a assinatura da superintendência. Logo, é encaminhado ao fornecedor e ao setor de suprimentos, ambos via e-mail.

O setor de compras e o setor de suprimentos deve ter uma comunicação eficiente, pois várias situações podem acontecer. Um exemplo clássico é o fornecedor não ter o produto solicitado disponível, no qual deverá ser comunicado ao setor de compras, que irá informar ao setor de suprimentos, este transmite a informação para o setor solicitante. O setor solicitante analisa para a possibilidade de nova previsão de entrega ou substituição do item. A resposta é encaminhada para o setor de compras par as devidas tratativas. A emissão da nota fiscal pelos fornecedores deve seguir os critérios abaixo:

- Constar CNPJ e endereço correto;
- Emitir uma nota para cada ordem de compra confirmada, constando o número da ordem de compra, sendo que a data da nota fiscal deve ser posterior a data da ordem de compra;
- Constar descrição, lote e validade dos produtos;
- Constar número de referência do instrumento contratual;
- Combinação antecipada quanto ao prazo de pagamento, sendo 30 dias corridos após a entrega via depósito bancário em conta corrente. Caso a nota fiscal não estiver em conformidade com os critérios descritos acima ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo de pagamento será dilatado, reiniciando a contagem após da data da correção.

RECEBIMENTO DE MERCADORIA

Serão recebidos os produtos obrigatoriamente acompanhados da nota fiscal, corretamente preenchida e sem rasuras. No ato do recebimento deve ser realizada inspeção da mercadoria verificando a conformidade dos seguintes itens:

- Conferência entre ordem de compra e nota fiscal;
- Conferência da nota fiscal contendo os dados legais do IPGSE e dados bancários para depósito em conta;



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Conferência de marca solicitada;
- Conferência da descrição;
- Conferência de apresentação;
- Conferência de forma farmacêutica;
- Conferência de concentração;
- Conferência da quantidade por embalagem;
- Conferência de valor unitário;
- Conferência das condições de conservação;
- Conferência do lote do produto devendo ser o mesmo descrito na nota fiscal;
- Conferência do prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

Em caso de não conformidade, o almoxarife notifica o fornecedor via e-mail, solicitando providências em até 24 horas após a notificação. Nesse ínterim, o produto será armazenado em uma área denominada como "quarentena" até a completa resolução do problema. A empresa deve respeitar o prazo de entrega pré-estabelecido na ordem de compra e em caso de descumprimento das normas, o IPGSE notifica a não conformidade ao fornecedor, impactando assim a sua qualificação.

AVALIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

A Avaliação dos fornecedores é feita de acordo com o desempenho das atividades identificadas na entrega dos produtos e a classificação será determinada conforme os seguintes critérios:

- Atraso da entrega;
- Cancelamento de entrega do item solicitado;
- Validade dentro do prazo estipulado;
- Lote e marca entregue conforme nota fiscal e ordem de compra respectivamente;

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Condições de temperatura;
- Integridade dos itens;
- Qualidade do relacionamento entre as partes.

Os critérios citados acima geram um desempenho (nota %), que gera o resultado final, apontando então se o fornecedor será classificado ou desqualificado. Será desqualificado o fornecedor que não atingir a pontuação mínima de desempenho de 75%. O fornecedor desqualificado será notificado via e-mail sobre a razão da desqualificação. Este poderá fornecer novamente quando comprovado a melhoria nos critérios identificados na avaliação.

De forma física, a equipe técnica específica qualificada para cada espécie de produto realiza a visita técnica em fornecedores afim de assegurar a qualidade dos produtos entregues. Os fornecedores devem oferecer documentos comprobatórios de acordo com os requisitos exigidos em cada campo de atuação. A frequência das visitas será determinada de acordo com a criticidade dos itens:

ITENS CRÍTICOS

As visitas devem acontecer anualmente, sendo estes em fornecedores de produtos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.

ITENS SEMICRÍTICOS

As visitas devem acontecer bianualmente, sendo estes em fornecedores de produtos e/ou serviços que impactam de modo indireto na assistência ao paciente.

ITENS NÃO CRÍTICOS

As visitas devem acontecer de acordo com a determinação do gestor de cada área, sendo estes em fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente.

Ao final da visita técnica for observado alguma não conformidade, será proposto um plano de ação pelo setor responsável por cada espécie de produto, juntamente com o setor de compras para a apresentação a Diretoria Admirativa. O fornecedor deve ser informado do resultado da análise com as devidas orientações para prosseguir com as adequações de acordo com prazos estabelecidos entre ambos.



ARMAZENAMENTO DE MERCADORIA

O armazenamento de insumos e medicamentos no almoxarifado, em conformidade com a RDC nº 430 de 8 de outubro de 2020, que regulamenta as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos, é uma atividade de extrema importância que exige rigor e precisão. Para garantir a segurança e a eficácia dos produtos, devem ser observadas várias exigências fundamentais:

MÉTODO DE ESTOCAGEM BASEADO NA VALIDADE (PVPS – 'PRIMEIRO QUE VENCE, PRIMEIRO QUE SAI'):

Os produtos devem ser organizados de forma que os itens com a data de validade mais próxima sejam utilizados primeiro, evitando o desperdício e assegurando que sejam consumidos dentro do prazo adequado.

IDENTIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO DOS PRODUTOS:

Todos os materiais devem ser devidamente identificados e codificados, o que facilita a gestão de inventário, evita duplicidades e integra os estoques físico e virtual. Essa codificação é essencial para a rastreabilidade dos produtos, permitindo o acompanhamento completo de cada item desde a entrada no almoxarifado até sua dispensação.

VISIBILIDADE E CONTROLE DE ACESSO:

O ambiente de armazenamento deve ser projetado para garantir boa visibilidade dos produtos, com um layout que facilite o fluxo seguro de pessoas e materiais. Além disso, o controle de acesso deve ser restrito a pessoal autorizado, com monitoramento por câmeras em locais estratégicos para assegurar a segurança dos produtos.

ORGANIZAÇÃO E ARRANJO DO ESPAÇO DE ARMAZENAMENTO:

A disposição dos produtos deve seguir padrões de organização que respeitem as recomendações de empilhamento, mantendo os pallets a uma distância segura do solo, das paredes e do teto. Essa organização é crucial para proteger a integridade dos itens armazenados e facilitar seu manuseio.



LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO:

O local de armazenamento deve ser mantido limpo e higienizado, com rotinas de limpeza e dedetização regularmente implantadas e monitoradas. Essas práticas são essenciais para prevenir contaminações e garantir um ambiente seguro para o armazenamento de insumos e medicamentos.

CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TEMPERATURA E UMIDADE:

O controle rigoroso das condições ambientais, como temperatura e umidade, é fundamental para a preservação dos produtos. Deve-se ter um plano de ação para oscilações, e, para medicamentos que exigem condições especiais, é necessário manter registros precisos de temperatura que comprovem o cumprimento das exigências regulamentares.

Essas práticas garantem que o armazenamento no almoxarifado esteja em conformidade com as normas regulatórias, protegendo a qualidade e a segurança dos insumos e medicamentos até o momento de sua utilização.

DISTRIBUIÇÃO DE MERCADORIA

A distribuição racional dos medicamentos e materiais assegura o envio dos produtos solicitados pelos usuários, na quantidade e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo estabelecido, empregando métodos de melhor custo versus eficácia e versus eficiência recursos financeiros. O IPGSE propõe o uso do sistema de distribuição individualizado, em que as prescrições de um paciente são enviadas à Farmácia e ela é responsável por avaliar a prescrição, intervir junto à equipe de saúde quando necessário, e dispensar todos os insumos necessários à assistência ao paciente por 12 horas. Este modelo permite mais controle sobre a gestão de estoques, reduzindo a quantidade de insumos nas unidades assistenciais, prevenindo a formação de subestoques.



INVENTÁRIO

O inventário realiza a contagem física dos estoques para assegurar que a quantidade de insumos estocados esteja em conformidade com o registro nas fichas de controle e no sistema informatizado. Essa prática é fundamental para avaliar o valor total (contábil) dos estoques para fins de balanço ou balancete no encerramento do exercício fiscal. O inventário deve ser conduzido conforme os seguintes períodos:

DIARIAMENTE: De forma aleatória, para monitorar os produtos, com ênfase em grupos específicos de medicamentos, como os de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e aqueles com maior rotatividade.

SEMANAL: Através da contagem por amostragem seletiva, que deve abranger de 10 a 20% dos estoques.

TRIMESTRAL OU SEMESTRAL: Realizando contagens para garantir a precisão e a consistência dos registros ao longo do tempo.

ANUALMENTE: De forma obrigatória, ao final do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas.

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS: Como no início de uma nova atividade ou função, encerramento do ano em exercício, entre outras condições que possam impactar o controle de estoque. Esses procedimentos são essenciais para garantir a precisão dos registros de estoque, a conformidade com os padrões contábeis e a efetividade da gestão de insumos.



INDICADORES SUPRIMENTOS

Para manter uma vigilância constante dos processos é necessário a monitorização afim de detectar previamente os desvios dos padrões da prática esperada e através de um plano de ação corrigir a falha. Segue abaixo alguns indicadores para gerenciamento de estoque do setor de suprimentos:

- Índice compra emergencial;
- Valor de compras totais mensais;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de acurácia do estoque;
- Giro de estoque;
- Taxa de Ruptura de estoque.



FLUXOS LOGÍSTICOS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

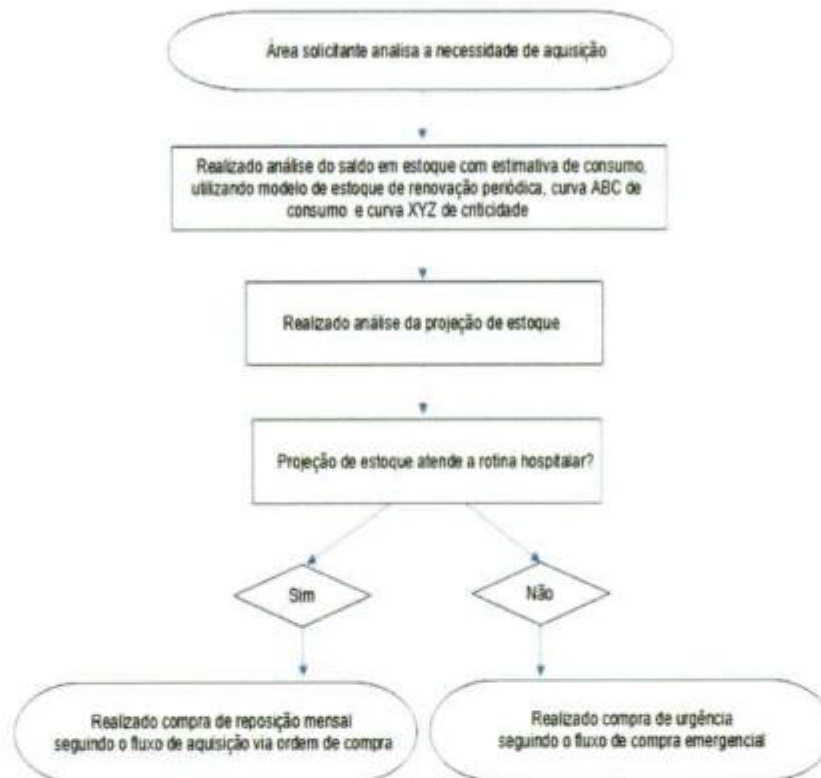


Figura 61 - Fluxograma para Programação de Aquisição para Reposição de Estoque



FLUXOGRAMA DE AQUISIÇÃO VIA ORDEM DE COMPRA

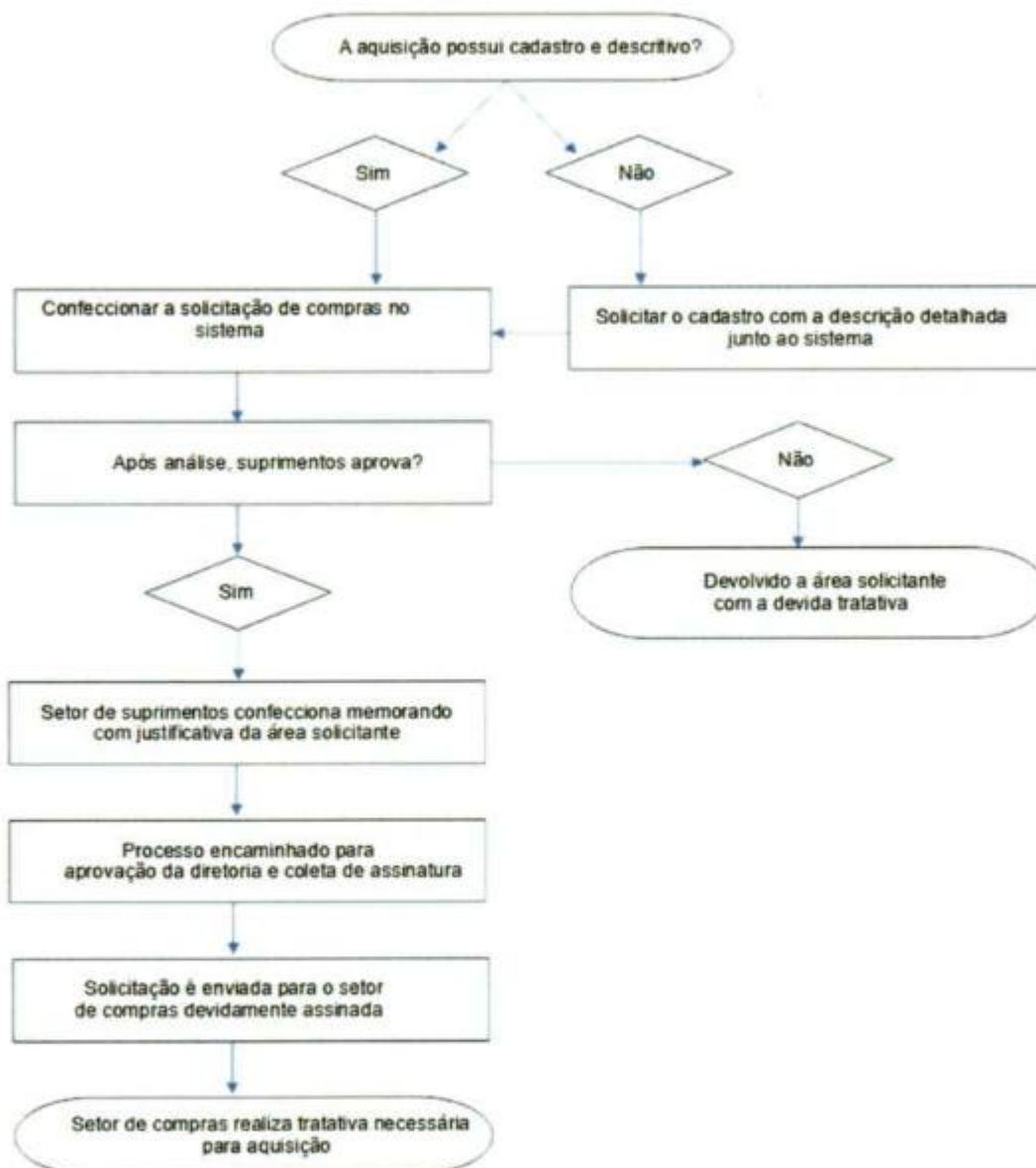


Figura 62 - Fluxograma de Aquisição via Ordem de Compra



FLUXOGRAMA DE COMPRA EMERGENCIAL

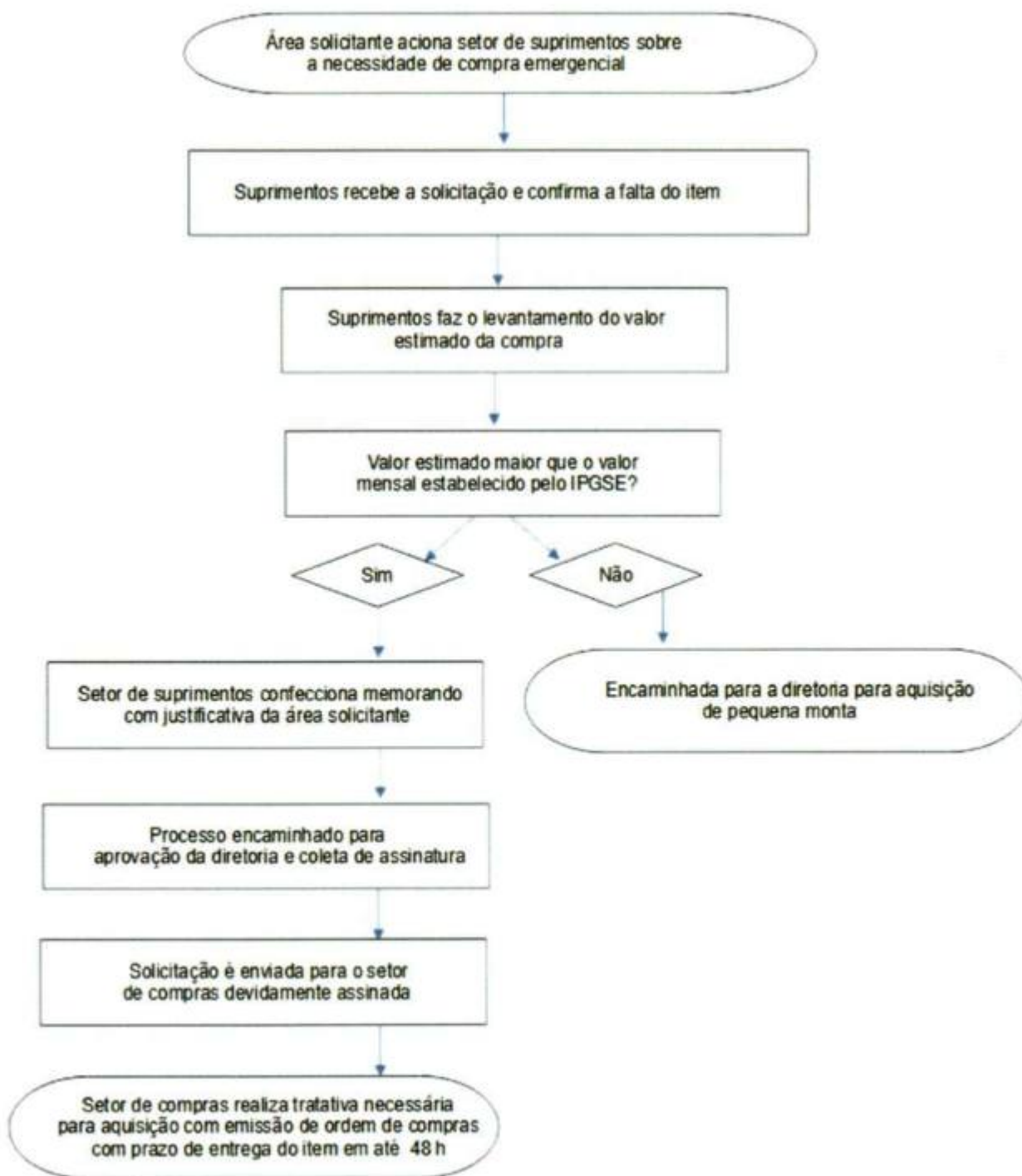


Figura 63 - Fluxograma de Compra Emergencial



FLUXOGRAMA DE EMISSÃO DE ORDEM DE COMPRA

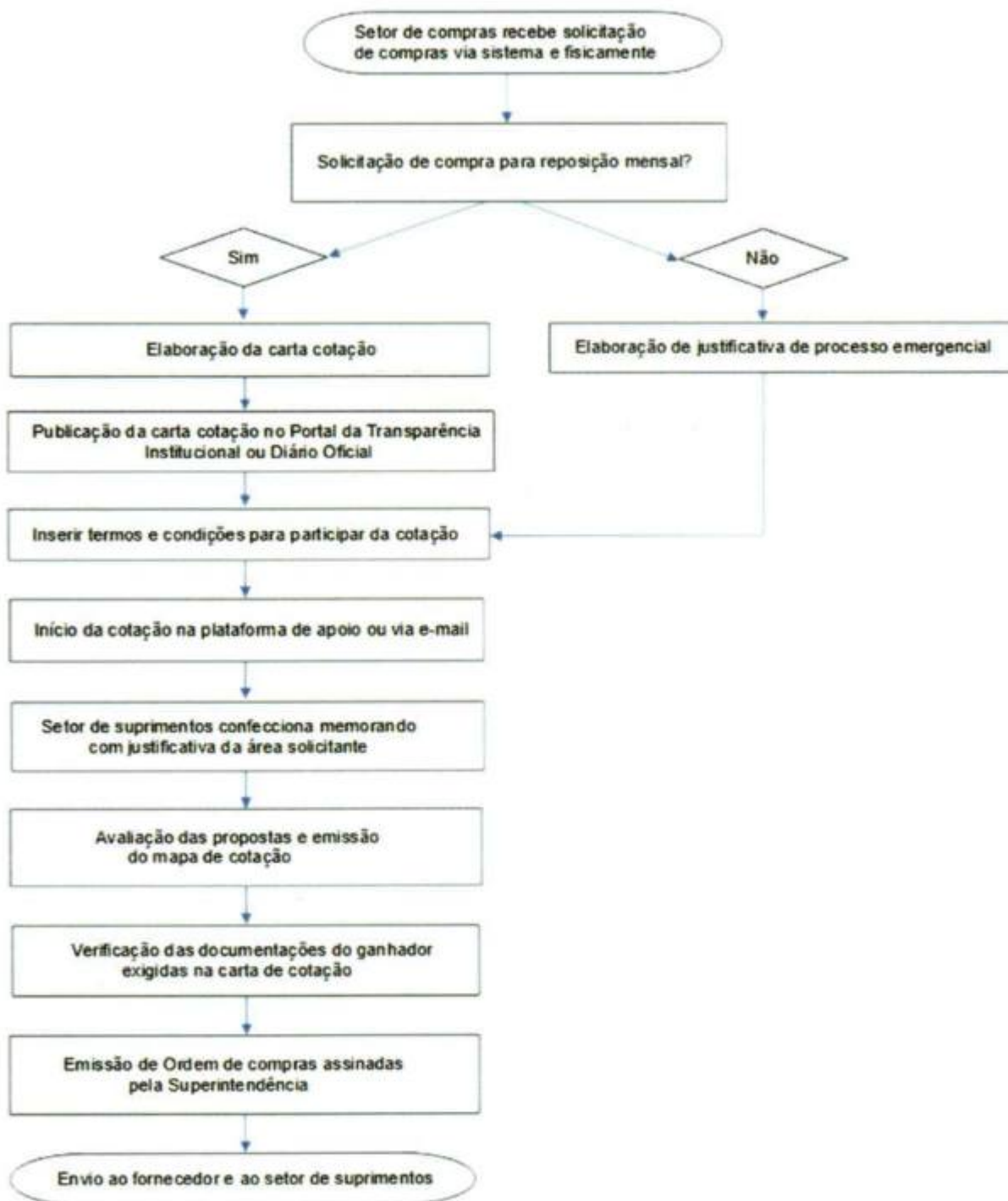


Figura 64 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra



FLUXOGRAMA DE RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

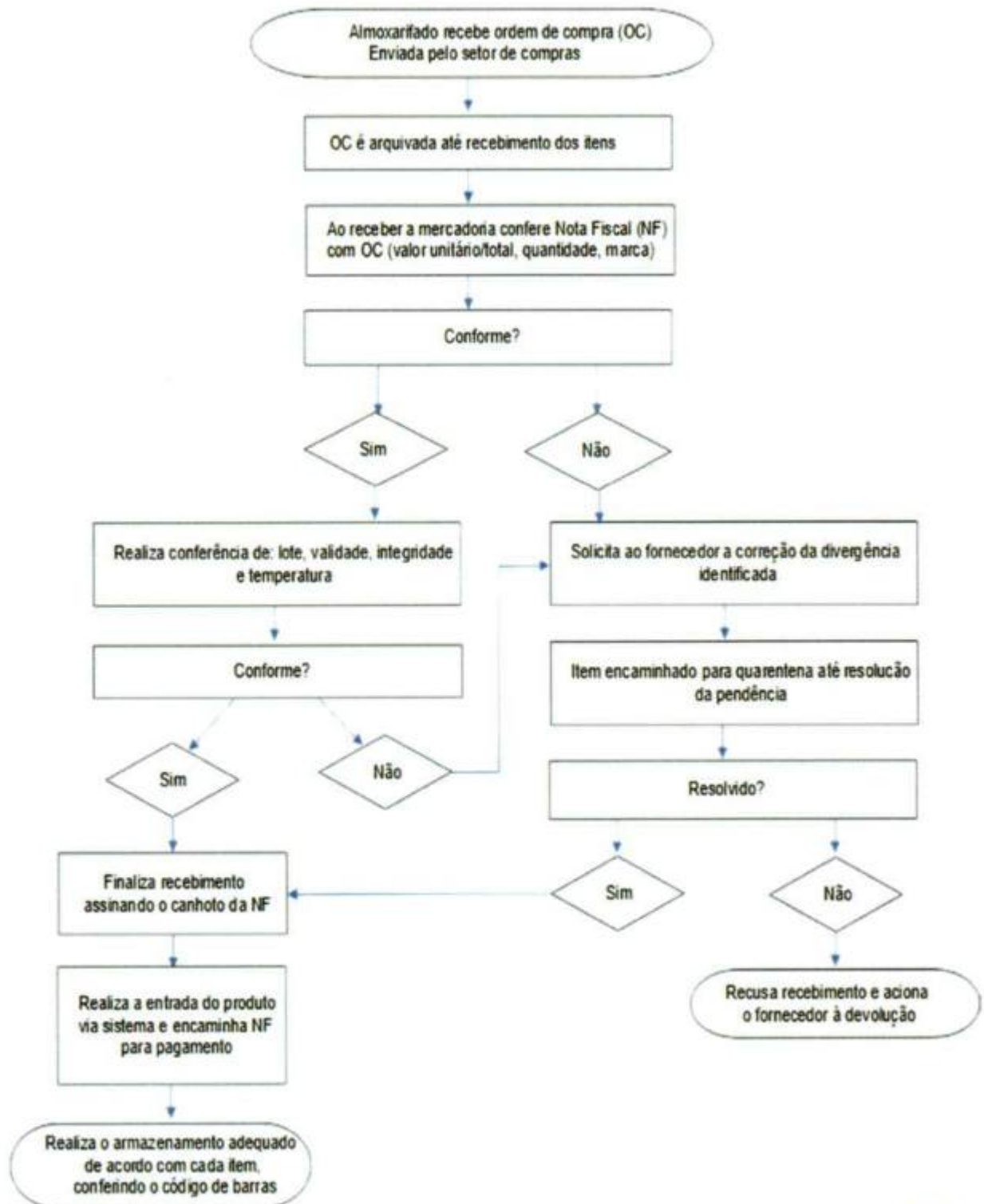


Figura 65 - Fluxograma de Recebimento de Medicamentos e Materiais



FLUXOGRAMA DE EMISSÃO DE ORDEM DE COMPRA



Figura 66 - Fluxograma para Emissão de Ordem de Compra



FLUXOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO INTERNA DE MEDICAMENTOS



Figura 67 – Fluxograma Logístico de Distribuição Interna de Medicamentos

FLUXOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

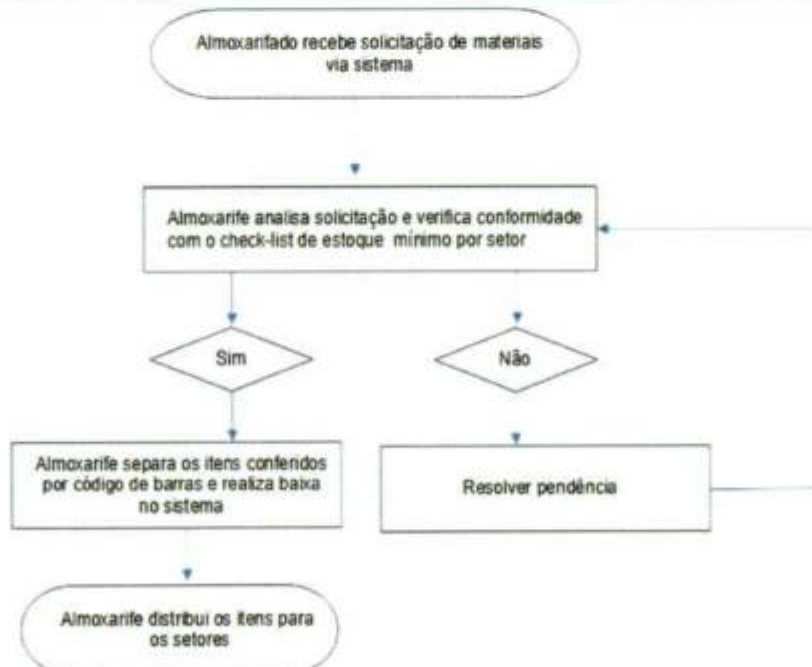


Figura 68 - Fluxograma de Gestão da Distribuição de Materiais



FLUXOGRAMA DE FRACIONAMENTO E UNITARIZAÇÃO

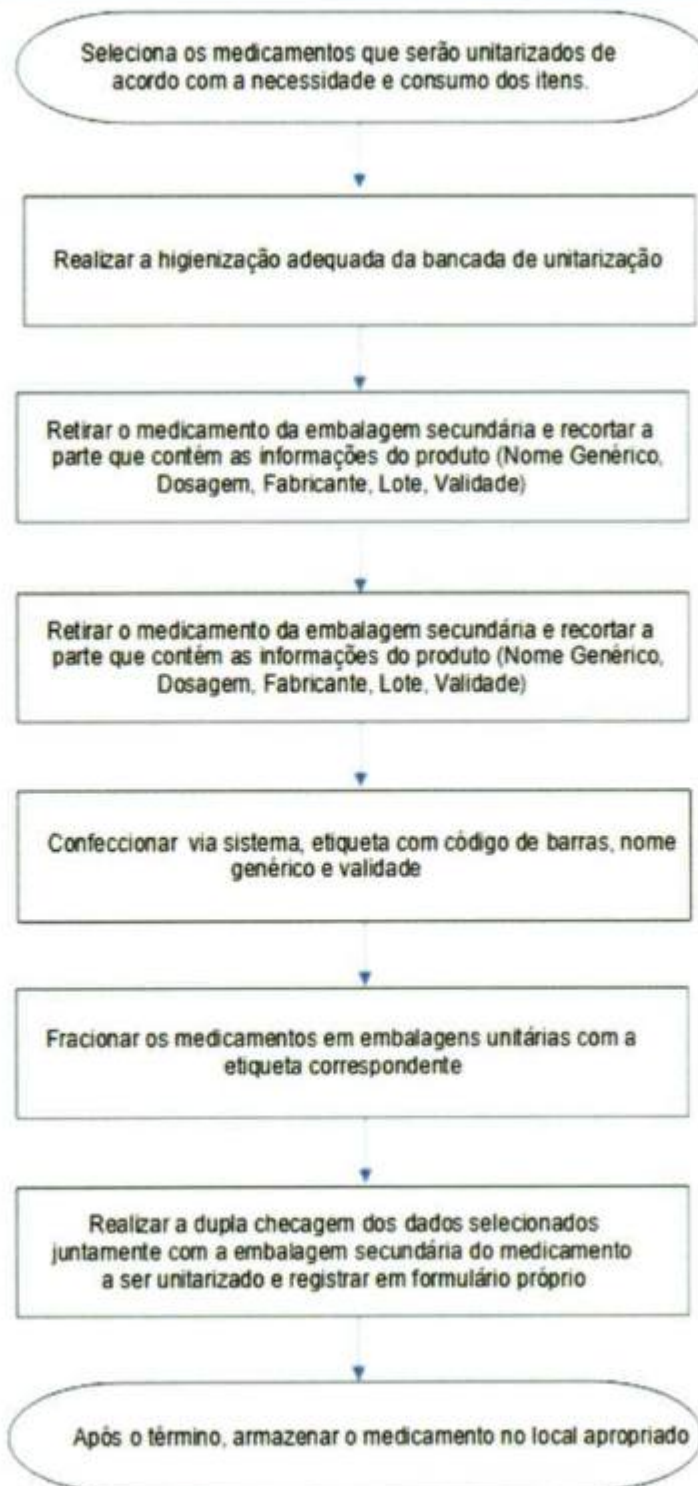


Figura 69 - Fluxograma de Fracionamento e Unitarização



FLUXOGRAMA DE GESTÃO DE DISPENSAÇÃO

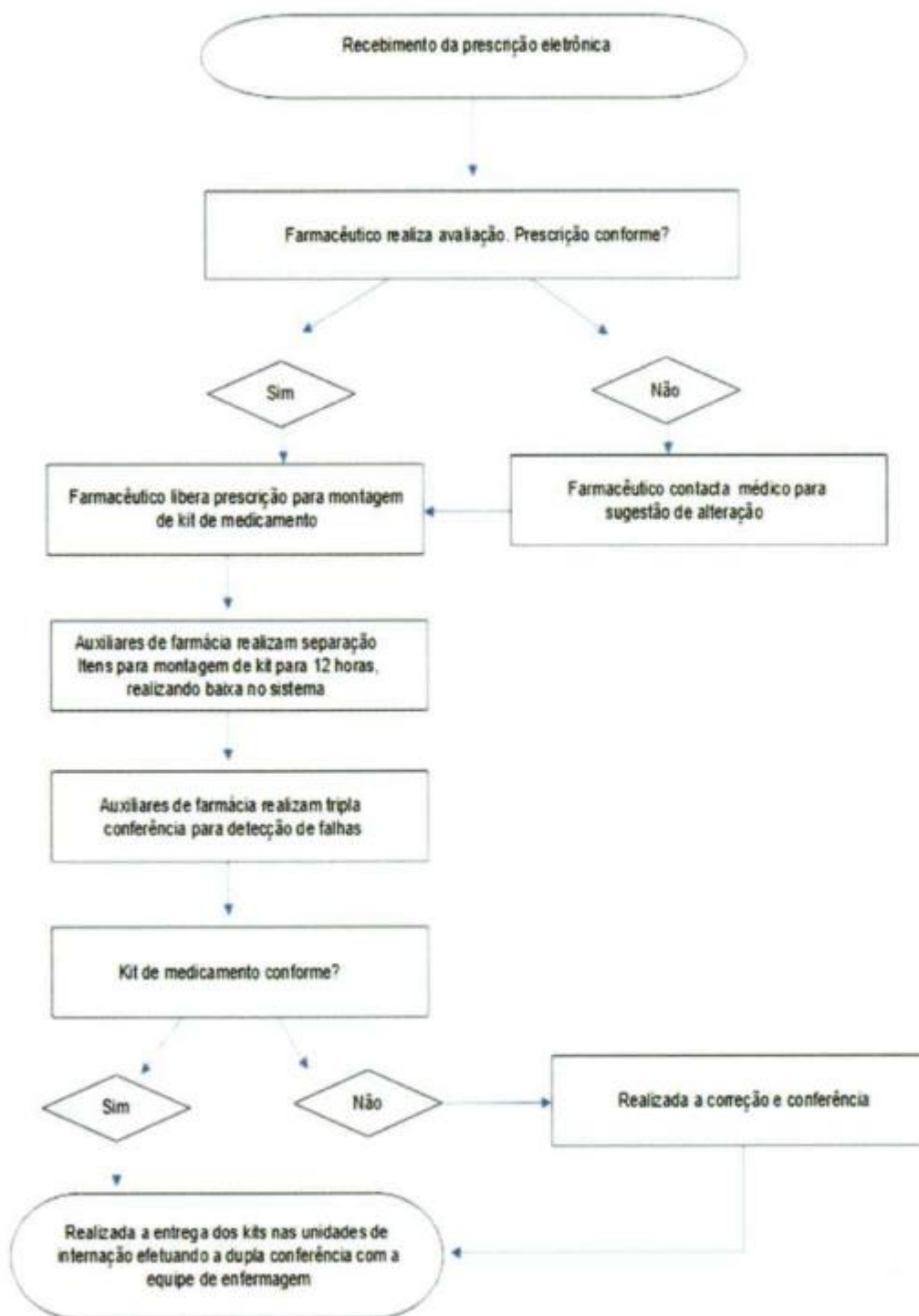


Figura 70 - Fluxograma de Gestão da Dispensação

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM DE PRESCRIÇÃO

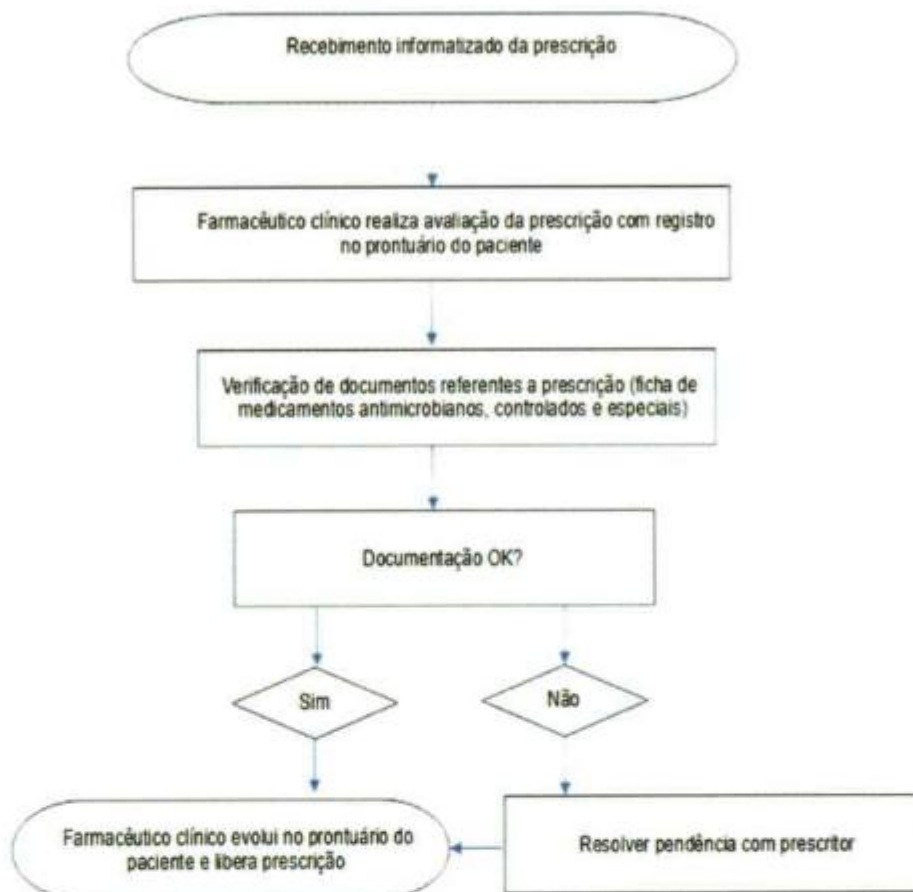


Figura 71 - Fluxograma de Triagem das Prescrições

FLUXOGRAMA DE INVENTÁRIO

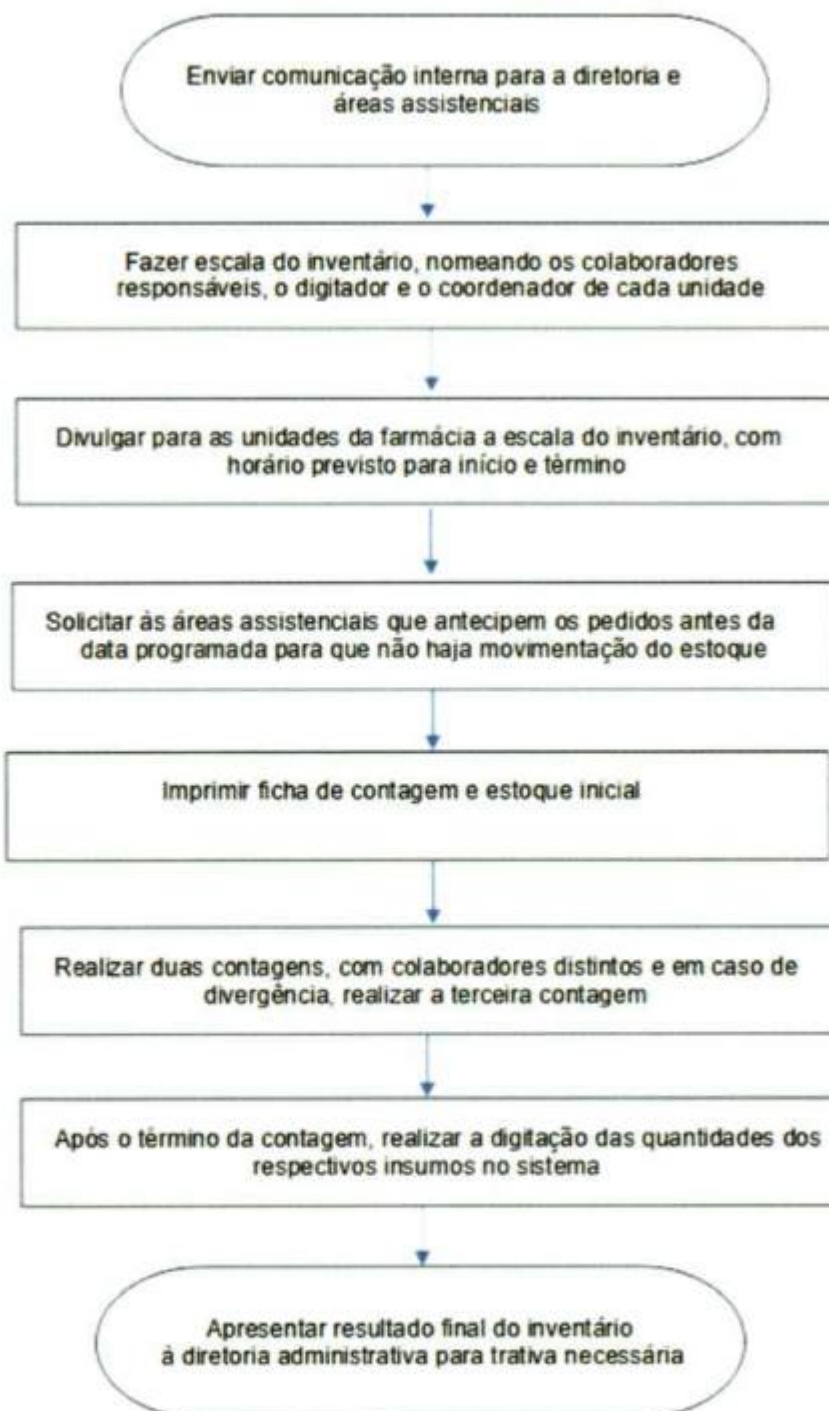


Figura 72 - Fluxograma de Inventário

